

Sächsischer Landtag  
Verwaltung  
Plenardienst, Präsidium, Parlamentarische  
Geschäftsstelle, Stenografischer Dienst

4. Juli 2013  
PD 2.4  
Apr 5/7-34 A

---

**Stenografisches Protokoll**

(Wortprotokoll als Ergänzung der Niederschrift nach § 41 der Geschäftsordnung des Sächsischen Landtages)

der Anhörung  
des Ausschusses für Soziales und Verbraucherschutz am 01.07.2013  
von 10:03 bis 13:09 Uhr, im Raum A 600 des Sächsischen Landtages

---

Protokollgegenstand:

**„Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen“**

Antrag der Fraktion der SPD

Drs 5/10349

**Inhalt:**

55 Seiten insgesamt (engzeilig)

(Beginn der Anhörung: 10:03 Uhr)

Vors. Heike Werner: Einen recht schönen guten Morgen! Ich darf Sie alle sehr herzlich zur 34. Sitzung des Ausschusses für Soziales und Verbraucherschutz begrüßen. Wir beginnen unsere Sitzung mit einer öffentlichen Anhörung. Es handelt sich um einen Antrag der SPD-Fraktion „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen“. Ich freue mich sehr, dass wir heute so viele kompetente Sachverständige zur Anhörung dabei haben. Seien Sie herzlich willkommen! Bevor ich Sie genauer vorstelle, möchte ich etwas zum Prozedere der Anhörung sagen.

Wir haben uns im Ausschuss darauf verständigt, dass es uns wichtig ist, den Charakter der Anhörung zu wahren. Sie werden daher vonseiten der Abgeordneten keinen Beifall, keine Missbilligung oder Wertung bekommen; sondern uns geht es darum, Ihre Meinung zu hören und unsere Fragen an Sie loszuwerden. Wir bitten auch die Gäste im Publikum – wir freuen uns sehr, dass Sie der Anhörung folgen werden –, von Beifallsbekundungen oder Ähnlichem abzusehen. Wenn Sie den Wunsch haben, sich zu dem einen oder anderen Thema zu äußern, oder der Meinung sind, dass Sie etwas zu kurz gekommen sind, dann bieten wir Ihnen gern an, das schriftlich an den Ausschuss zu schicken, und wir würden es an die Abgeordneten der Fraktionen weiterreichen.

Zur Anhörung selbst: Zunächst haben die Sachverständigen die Möglichkeit, 10 Minuten zum Antrag Stellung zu nehmen. Danach können die Abgeordneten Fragen an Sie stellen. Wir weichen heute aufgrund der Bitten der Sachverständigen etwas von der üblichen Verfahrensweise ab, Sie in alphabetischer Reihenfolge aufzurufen; Sie können sich überraschen lassen.

Zunächst die Frage, ob es noch Unklarheiten gibt. – Das kann ich nicht erkennen. Damit können wir in die Anhörung einsteigen. Ich freue mich, die Sachverständigen begrüßen zu dürfen, und möchte sie kurz vorstellen.

Wir hätten zunächst Frau Birte Bittner; Sie sind Geschäftsführerin der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege des Freistaates Sachsen e. V. – herzlich willkommen! An Ihrer Seite ist Frau Iris Langhans, die Vorsitzende des Vorstandes der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege des Freistaates Sachsen e. V. und Referentin für präventive Zahnheilkunde der Landeszahnärztekammer in Sachsen – herzlich willkommen! Ich freue mich, Frau Ingrid Carl begrüßen zu dürfen; Sie sind Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin und die Leiterin des Fachausschusses des Landesverbandes Sachsen der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes – herzlich willkommen! Wir freuen uns, Herrn Dr. Klaus Hofmann begrüßen zu dürfen; Sie sind Vorsitzender des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V., Landesverband Sachsen – herzlich willkommen! Als Nächsten begrüßen wir Herrn Stefan Mertens; Sie sind Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, kommen aus Radebeul und sind Mitglied der Sächsischen Impfkommission und Präventionsbeauftragter des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V., Landesverband Sachsen – herzlich willkommen! Als Nächsten begrüßen wir Herrn Stephan Koesling; Sie sind Geschäftsführer der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. Außerdem freue ich mich, Frau Dr. Gisela Ulrich begrüßen zu dürfen; sie ist Vorstandsvorsitzende des Deutschen Kinderschutzbundes, Landesverband Sachsen e. V. – herzlich willkommen!

Somit können wir in die Anhörung einsteigen, und jetzt kommt die erste Überraschung: Frau Bittner und Frau Langhans vertreten beide die Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege und haben sich so abgesprochen, dass Frau Langhans zunächst den einführenden Vortrag halten wird, und für Fragen steht nachher Frau Bittner mit zur Verfügung. – Frau Langhans, Sie haben das Wort; bitte schön.

(Iris Langhans referiert anhand einer PowerPoint-Präsentation – Anlage A 1.)

Iris Langhans: Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Abgeordnete! Ich bedanke mich ganz herzlich für die Einladung und werde Ihnen heute etwas über die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen im Freistaat Sachsen erzählen.

Ein Loch ist im Zahn. Ja, und?, denkt mancher. Es ist aber so, dass die vorherrschende Zahnerkrankung bei Kindern die Zahnkaries ist – auf gut Deutsch: Zahnfäule. Sie entsteht immer dann, wenn Kohlenhydrate – also in der Regel Zucker – und Bakterien viel Zeit haben, auf den Zahn einzuwirken. Die Anzahl und die Dauer der Zuckerkontakte mit der Zahnoberfläche haben dann den entscheidenden Einfluss auf die Entstehung der Karies.

Konkretes Beispiel: Sie können einen Schoko-Osterhasen an einem Stück, hintereinanderweg essen. Wenn Sie sich dann Ihre Zähne putzen, wird Ihnen nichts passieren. Sie können diesen Schoko-Osterhasen aber auch Häppchen für Häppchen, immer ein kleines Stückchen, über den ganzen Tag verteilt genießen – im schlimmsten Fall putzen Sie sich abends keine Zähne –, und dann, garantiere ich Ihnen, wird irgendwann das erste Loch da sein.

Es ist nun so, dass ein erkrankter Zahn – leider, leider – nie wieder gesund wird, auch nicht durch die Heilkunst der Zahnärzte. Er kann nur repariert werden. Wird er nicht repariert, nimmt das solche Ausmaße an, wo ich persönlich sage, da ist eigentlich schon fast das Kindeswohl gefährdet. Das ist ein Bild der Vernachlässigung.

Viele erkrankte Milchzähne werden nicht behandelt. Es ist die Frage, warum das so ist. Ganz klar: Kleinkinder sind schwierig zu behandeln. Schon die Großen haben Angst vor dem Zahnarzt, die Kleinen natürlich noch viel mehr. Sie können schwer mit ihnen kommunizieren und sagen, es tut nicht weh. Sie wissen genau, es wird irgendwann wehtun. Das heißt, es ist oft nur Vollnarkose möglich, was wieder neue Risiken in sich birgt. Versucht man es doch auf dem normalen Wege, erfordert es eine Engelsgeduld von den Zahnärztinnen und Zahnärzten, an diese Kinder heranzukommen.

Es ist ganz übel, wie ich finde, dass immer noch die weit verbreitete Ansicht herrscht, dass Milchzähne nicht wirklich wertvoll sind. Milchzähne werden locker, fallen aus, sind gar nicht lange im Mund und dann kommen die richtigen Zähne. Die werden dann gesund sein. Das ist aber ein fataler Irrtum; denn unbehandelte Milchzähne sind wirklich eine Gefahr für das Kind, nicht nur, dass sie wehtun. Sie müssen sich vorstellen, da fault es richtig im Mund. Stellen Sie sich das einmal für sich vor! Stellen Sie sich vor, Sie sollen mit einem schmerzenden, faulenden Zahn essen! Das kann nicht wirklich Vergnügen bereiten. Außerdem sind in solchen faulenden Zähnen Bakterien, Eiter. Sie sind ein ständiger Entzündungsherd. Sie schlucken diese Eiterbakterien hinunter. Sie verbleiben im Körper. Die Zähne behindern das Kauen, wenn sie wehtun.

Wenn – wie auf dem Bild zu sehen – die gesamten Schneidezähne braun verstümmelt sind, ist natürlich auch die Sprachentwicklung beeinträchtigt. Das Kieferwachstum wird dadurch auch beeinträchtigt. In der Folge haben diese Kinder fast immer Zahnfehlstellungen, die sehr aufwändig über viele Jahre kieferorthopädisch korrigiert werden müssen.

Das alles in der Summe ist wirklich eine Beeinträchtigung der Kinder in ihrem Kindeswohl. Denn glauben Sie mir: Weder Zahnschmerzen noch Zahnspangetragen ist wirklich witzig. Dabei ist es eigentlich ganz einfach; denn Zahnschäden sind vermeidbar – ich sage immer zu 100 % –, wenn man es gut macht, weil die Ursachen bekannt sind.

Nun ist es leider so, dass ein Baby, wenn es auf die Welt kommt, nicht mit der Zahnbürste in der Hand geboren wird und auch nicht weiß, wie es den Körper, aber auch die Zähne reinigen soll. Es ist also eine Sache, die mühsam erlernt werden muss. Das ist nicht einfach. Die Vorbildwirkung der Eltern wäre hier ganz toll. Leider ist es nicht immer so gegeben. Wir sagen immer: Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr. Deshalb zeitig anfangen.

Wo kann man das zeitig anfangen? – Wo viele Kinder in einer Gruppe zusammen sind. Da wären wir schon bei dem Wort Prophylaxe in der Gruppe im Kindergartenalter, der sogenannten Gruppenprophylaxe. Es gibt dafür eine gesetzliche Grundlage. Die ist verankert in Form von Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen im § 21 des Sozialgesetzbuches V. Auf dieser gesetzlichen Grundlage arbeiten seit 1992 in Sachsen der öffentliche Gesundheitsdienst und die Landesarbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendzahnpflege an der Förderung der Mundgesundheit unserer Kinder und Jugendlichen in diesem Land.

Die Gruppenprophylaxe – ein schwieriges Wort – wie geschieht sie eigentlich? – Es gibt altersgerecht und inhaltlich aufeinander abgestimmte Programme. Die werden den Kindern in Kindergärten, auch schon in der Tagespflege für die Kinder unter drei Jahren sowie auch in den Schulen nahegebracht. Es geht also um die vier Säulen der lebenslangen Mundgesundheit. Diese wird von über 700 niedergelassenen Zahnärzten und 33 Jugendzahnärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes mindestens einmal pro Schuljahr vermittelt.

Was sind diese vier Säulen? – Gesunde Ernährung; zahngesunde Ernährung natürlich, zweimal täglich Zähne putzen. Das kennt eigentlich jeder. Fluoride mit Zahnpasta oder Speisesalz, die man aufnimmt, aber eben auch zahnärztliche Kontrolle.

Wenn man Kindern im Rahmen einer Gruppe dieses Wissen vermittelt, gibt es schon die Vorteile, dass Kinder in einer Gruppe leichter ansprechbar sind als wenn man sie einzeln beim Zahnarzt zu sich nimmt. Dann haben sie wieder Angst. Wir wollen damit erreichen, dass eine Chancengleichheit für alle herrscht. Wir wollen möglichst viele Kinder erreichen. Sie können die Erzieher einbeziehen. Die Lehrer können einbezogen werden. Möglich wäre auch eine Ansprache der Eltern, zum Beispiel über Elternabende. Gerade die Eltern, die sonst schwer für Gesundheitserziehung zu erreichen sind, weil sie nicht einzeln, sondern in der Gruppe zusammengenommen werden, trauen sich eher, auch einmal eine Frage zu stellen.

Viele haben jetzt schon gehört: Landesarbeitsgemeinschaft. Das ist ein langes Wort. Wir kürzen es ab: LAGZ. Was ist das? – Wer das auf der Straße hört, fragt sich, was

das ist. Die LAGZ Sachsen ist ein Zusammenschluss der gesetzlichen Krankenkassen im Freistaat, der niedergelassenen Zahnärzte, des öffentlichen Gesundheitsdienstes und des Freistaates Sachsen als solchen. Aus diesen Gremien werden Mitglieder entsandt, die in einem Vorstand zusammenarbeiten. Es gibt bei der LAGZ eine Geschäftsstelle. Frau Birte Bittner ist unsere Geschäftsführerin.

Ganz wichtig sind innerhalb dieser Mitglieder die regionalen Arbeitskreise Jugendzahnpflege und beauftragte Zahnärzte (RAK). Merken Sie sich dieses Kürzel. Es kommt nämlich noch mal, weil das die Dreh- und Angelscheibe für diese gruppenprophylaktischen Maßnahmen mit darstellt.

Wen brauchen wir alles dazu? – Wir zwei können es nicht stemmen. Wir brauchen natürlich die niedergelassenen Zahnärzte dazu. Wir brauchen aber auch die Träger von den Kindergärten und Kinderkrippen. Wir brauchen – ganz wichtig – in Zukunft auch die Hebammen, die Erzieher in der Tagespflege, die Krankenkassen natürlich, die Schule, dort die Schüler, weil es ohne Schüler auch nicht läuft, wenn sie bockig sind und sich nicht belehren lassen wollen. Wir brauchen die Lehrer dazu, weil sie Verständnis dafür haben müssen, die Sächsische Bildungsagentur und eben auch das Gesundheitsamt.

Wer macht nun was? – In Sachsen ist es geteilt. In anderen Bundesländern ist es anders. Bei uns ist es so, dass der öffentliche Gesundheitsdienst die Vorsorgeuntersuchungen durchführt und die niedergelassenen Zahnärzte diese eigentlichen Maßnahmen zur Gruppenprophylaxe durchführen. Das sind Zahnpflegeübungen. Das ist die Vermittlung von Wissen. Beispielsweise wird eine Unterrichtsstunde zum Thema gesunde Ernährung gestaltet, zum Thema „Wie putze ich richtig“.

Im Rahmen der Gruppenprophylaxe bieten wir auch Elternabende an, sowohl in Kindergärten als auch in Schulen, weil die Wurzel allen Übels – sage ich einmal – bei den Eltern mit zu suchen ist. Die müssen von Anfang an dafür Sorge tragen, dass die Kinder gut putzen. Das heißt, im Moment haben wir in 3 510 Einrichtungen 330 000 Kinder, die wir dort betreuen können. Wir haben eine Patenschaft mit den entsprechenden niedergelassenen Zahnärzten oder den Kinder- und Jugendzahnärzten.

Hier sehen Sie noch einmal die Zahlen, die ich nicht im Einzelnen verlesen will. Sie sehen, dass vor allem Kindergärten betreut werden, mit einem sehr hohen Anteil Grundschulen. Das sind dann die Kinder, die nach dem Kindergarten hinkommen, mit einer sehr hohen Flächendeckung. Auch Förderschulen sind mit in dem Programm, aber auch Mittelschulen und Gymnasien.

Es gibt in der Regel einen ersten Impuls, wo man schaut und eine Fluoridierungsmaßnahme durchführt, wenn man merkt, in der Schule ist es nicht so gut bestellt mit der Zahn- und Mundpflege. Leider sind es eben oft die Mittel- und Förderschulen. Die können dann noch einen zweiten oder sogar einen dritten Impuls bekommen, wobei oft eben ein zweiter Impuls gegeben wird.

Die gesamten Daten werden statistisch ausgewertet. Die LAGZ selbst dokumentiert im Rahmen der Evaluierung mit der DAJ. Das ist die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege. Alle fünf Jahre nimmt die LAGZ an der Epidemiologischen Begleituntersuchung der DAJ teil. Aus all diesen Daten werden letztlich neue Ziele formuliert, die dazu dienen, dass neue Maßnahmen organisiert werden, um praktisch den festgestellten Zustand beizubehalten oder zu verbessern.

Das findet sich dann unter den Gesundheitszielen wieder. Es gibt welche von der WHO, von der Bundeszahnärztekammer. Die sind bis 2020 anvisiert. Die Gesundheitsziele der LAGZ Sachsen haben wir bis 2015 festgelegt. Was ich Ihnen schon sagen kann, ohne konkrete Zahlen zu nennen, ist, dass Sachsen unter den Zielen von WHO und Bundeszahnärztekammer liegt. Wir sind also noch besser.

Wie wird diese Zahngesundheit gemessen, fragt sich jeder. Vorrangig werden bei den Vorsorgeuntersuchungen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst durch Karies verursachte Zahnschäden festgestellt. Dabei wird ein Index verwendet, der die kariösen, die fehlenden und auch die gefüllten Zähne aufsummirt. Dabei ist zu beachten: Ganz unten steht klein dmft. Die kleinen Buchstaben sind für die Milchzähne und die großen Buchstaben für die bleibenden Zähne gedacht.

Ich habe noch ein paar Säulendiagramme zur Entwicklung der Zahngesundheit von den Kindergartenkindern. Hier gehen wir vom Schuljahr 2006/2007 bei den Dreijährigen (Kindergarten) und bei den Sechsjährigen (auch nur Kindergarten) aus. Man sieht, dass der Anteil der kariösen Zähne etwas zunimmt, wenn die Kinder älter werden. Wenn Sie aber mit den Jahren schauen, nimmt der Anteil der behandlungsbedürftigen Zähne leider zu.

Wir haben noch alte Zahlen von 1994, da waren 54 % der Kinder mit einem primär gesunden Gebiss im Freistaat zu verzeichnen; zum heutigen Zeitpunkt liegt der Anteil bei 79 %, was eine ziemliche Steigerung ist. Das bedeutet aber im Klartext auch: Fast 20 % haben immer noch mindestens einen behandlungsbedürftigen Zahn. Man könnte die Messlatte also noch höher legen.

Es gibt natürlich mehr kariöse Läsion, aber wenn man nach den Jahren geht, nehmen sie innerhalb der einzelnen Gruppen wieder ein wenig ab.

Der Anteil der naturgesunden Gebisse, die immer unser Ziel sind, nimmt langsam, aber stetig zu, ist aber noch nicht ganz zufriedenstellend. Es verharrt auf einem Punkt, wo wir sagen, jetzt geht es nicht weiter. Deswegen haben wir 2006 eine Kampagne gegen „Nuckelflaschenkaries“ gestartet. Vielleicht war jemand von Ihnen zu dieser Zeit mal im Kino; dort lief ein Werbespot. Es gab auch Plakate zu dem Thema. Wir haben zumindest laut Statistik gesehen, dass doch ein langsamer Anstieg der naturgesunden Gebisse bei den Allerkleinsten zu verzeichnen ist. Es geht halt langsam voran.

Was haben wir also gemacht? Das Plakat lief auch als Kinospot. Wir haben 2007 mit den sächsischen Hebammen eine Kooperationsvereinbarung gebildet, und die arbeiten ganz fleißig mit uns zusammen. Das heißt, bei der Geburt eines Kindes in Sachsen erhält die Mutter noch in der Geburtsklinik – bei Hausgeburten von der Hebamme zu Hause – einen blauen Vorsorgepass. In diesem stehen alle wichtigen Informationen für die Zahngesundheit von Kindern bis zum 12. Geburtstag drin. Aber es werden auch alle Maßnahmen zur Gruppenprophylaxe und alle Zahnarztbesuche dokumentiert. Es ist ein Röntgenpass mit eingebunden, sodass eigentlich jedes Kind von null bis zwölf Jahren etwas in der Hand hätte, mit dem es nachvollziehbar und das Kind unter Kontrolle ist.

Gesunde Milchzähle sind wichtig; beachten Sie das bitte auch. Das war eine Aufkleber-Aktion schon für die Schwangeren; denn wenn das Kind geboren ist, ist es schon fast zu spät. Das Wissen muss vorher an die Eltern ran.

Wenn man die Indizes nach Einrichtungsart anschaut, dann sehen Sie: Im Kindergarten geht es, in der Grundschule ist auch noch alles gut; in den Förderschulen scheint es offenbar wirklich doch mehr Probleme zu geben, was die Zahngesundheit betrifft. Aber selbst da sieht man in den Jahren, dass wieder eine leichte Abnahme zu verzeichnen ist, weil diese Gruppenprophylaxe dort nicht nur mit einem ersten, sondern auch mit einem zweiten Impuls stattfindet.

Wir schreiten also voran. Über die Hälfte der Kinder hat ein kariesfreies Milchgebiss; aber eben jedes zweite Kind doch nicht – was nicht heißt, dass die Gebisse alle zerstört sind, wie auf diesem ersten Bild; aber es ist eben ein Zahn, und das ärgert einen schon als Zahnarzt.

Wie sieht es bei den Zwölfjährigen aus? Die kommen ja bald in so ein wildes Alter; aber die haben eine sehr gute Mundgesundheit. Im Durchschnitt musste in dieser Altersgruppe weniger als ein Zahn behandelt werden. Das sah 1994 noch anders aus; damals waren es fast drei Zähne, die behandelt werden mussten. Das ist schon eine ganz schöne Steigerung.

Ein großes Problem: Zeig' mir deine Zähne, und ich sag' dir, wo du herkommst. Das ist eigentlich nur gefühlsmäßig; man kann es aber auch statistisch unterlegen, dass Gymnasiasten praktisch gesündere Zähne haben. Sie putzen wahrscheinlich besser, weil die Eltern hinterher sind. Bei Mittel- und Förderschülern sieht das in der Regel nicht so besonders gut aus. Das heißt, wir haben eine richtiggehende Polarisation von Karies; eine immer kleinere Gruppe von Kindern: Über 20 % vereinen immer mehr kariöse Zähne in einem kleinen Mund. Das ist das ganz, ganz große Problem – die sogenannte Polarisation der Karies. Auch für Sachsen gehen wir davon aus, dass das genauso ist. In sozial schwächeren Bevölkerungs- und Bildungsgruppen ist es eben so, dass die Zähne nicht so schön und nicht so gesund sind. Der sozioökonomische Faktor spielt in diesen Fällen eine ganz große Rolle.

Alles schön, könnte man denken; wir haben gar keine Sorgen und Probleme, alles bestens. Doch, wir haben natürlich auch irgendwo Dinge, wo wir sagen: tolle Erfolge, aber wir werden uns darauf nicht ausruhen können; denn wir bemerken in den letzten Jahren zunehmend, dass vor allem Kindergärten das tägliche Zahneputzen einstellen.

Sie haben viele Ausreden dafür, die alle mehr oder weniger nachvollziehbar sind: Wir haben zu wenig Personal. Oder: Wir haben keine Zeit. Oder: Mit der Zahnpasta verschmieren die uns das Waschbecken und den Fußboden und alles mit dazu. Außerdem stecken die sich die Zahnbürsten gegenseitig in den Mund. Die Hygiene ist da ganz groß in Gefahr.

Nun ist das Problem, dass keine detaillierte Festlegung im Bildungsplan enthalten ist. Das heißt, die müssen gar nicht putzen. Es ist mehr oder weniger etwas Freiwilliges, sodass wir – – Wir hätten einen ganz großen Wunsch: Wenn irgendwo in diesem Bildungsplan ein kleiner Hinweis darauf wäre, dass das doch ein ganz toller Kindergarten wäre, der da putzt. Der öffentliche Gesundheitsdienst klagt über Personalmangel – das vielleicht an der Stelle.

Aber Dreh- und Angelpunkt bei uns ist diese frühkindliche Karies, die wir trotz aller Erfolge bei den älteren Kindern nicht so ganz in den Griff bekommen. Für uns ist es

wirklich ein Hinweis auf Kindesvernachlässigung; vielleicht nicht in jedem Fall, aber manchmal ist es doch wirklich so. Deshalb ist hier das Thema Kinderschutz gefordert.

Gesund beginnt im Mund und von da aus immer weiter. Das heißt, ich bitte alle, mit daran zu denken, Mundgesundheit ist auch Kindergesundheit. Unser Ziel sind gesunde Zähne für alle Kinder. Wir möchten eine Chancengleichheit für alle Kinder. Ich denke, das kann man erreichen. Gerade die Gruppenprophylaxe ist ein gutes Mittel dafür.

Ich bedanke mich für Ihre Geduld und Ihre Aufmerksamkeit und übergebe wieder an die Vorsitzende.

Vors. Heike Werner: Herzlichen Dank, Frau Langhans. Nun hat Frau Carl das Wort. Bitte schön.

Ingrid Carl: Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Abgeordnete! Ich bedanke mich, dass ich aus der Sicht des öffentlichen Gesundheitsdienstes etwas zur Kinder gesundheit sagen darf.

Vors. Heike Werner: Frau Carl hat einen PowerPoint-Vortrag. Bis dieser eingerichtet ist, schlage ich vor, jemand anderes vorzuziehen. Ich würde sagen, Herr Hofmann und Herr Mertens sind beide vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Sie haben sich auch abgesprochen. Wir würden zuerst Ihnen beiden das Wort geben, danach Frau Carl. – Bitte, Herr Hofmann.

Dr. Klaus Hofmann: Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Abgeordnete! Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte wird zu zwei Themen Stellung beziehen, die unmittelbar damit zusammenhängen. Das eine ist die kinderärztliche Versorgung in Sachsen. Das werde ich aus unserer Sicht darstellen (Anlage A 2).

Mein Kollege Stefan Mertens, der Präventionsbeauftragte unseres Landesverbandes, geht speziell auf die Vorsorgeuntersuchungen/Prävention ein.

Ich möchte Ihnen am Anfang zur kinderärztlichen Versorgung zwei Stellungnahmen von zwei Kinderärzten vorlesen. Die erste Stellungnahme ist von Frau Diplom-Medizinerin Riedel, eine Kinder- und Jugendärztin aus Wilkau-Haßlau, zur Situation Zwickau/ Zwickauer Land. Zwickau 2003 – eine große Stadt in Sachsen – zehn Kinderärzte, Zwickau 2013 fünf Kinderärzte, davon zwei über 70 Jahre alt. Zwickauer Land 2003 zehn Kinderärzte, 2013 sieben Kinderärzte.

Die Stadtkinder – so schreibt sie – sind zum Teil in den Landkinderarztpraxen, in ihrer Praxis in Wilkau-Haßlau, über 50 %. Die kommen also aus Zwickau und gehen nach Wilkau-Haßlau, weil dort ein Kinderarzt ist. – Für mich nachvollziehbar. Es gibt aber auch Landkreise und Städte, in denen kein Kinderarzt ist: Hartenstein, Mülsengrund – das hat sie hier mit aufgeschrieben und vielleicht auch noch mal eine Sache für Sie: Was bedeutet das für diese Kinder- und Jugendärztin in Wilkau-Haßlau?

Sie hatte – so hat sie uns geschrieben, ich kenne sie sehr genau – 2003 in einer Gemeinschaftspraxis – da waren sie zu zweit – 1 700 Fälle oder Scheine pro Quartal. Das hat sie jetzt allein. Diese Kollegin hat ein Arbeitspensum – 1 700 Scheine! Jeder, der etwas davon versteht, das ist etwa das Doppelte von dem, was die durchschnittliche

Fallzahl betrifft. Ich muss ehrlich sagen, das ist eine Situation, die man dauerhaft in dieser Form nicht durchsteht.

Eine zweite Stellungnahme möchte ich Ihnen vorlesen. Sie ist von Frau Dr. Weigel aus Freiberg. Sie sehen, das sind nicht gerade Landkreise, wo man sagen würde, das ist Peripherie. Frau Dr. Weigel ist auch eine langjährige Kinder- und Jugendärztin, die die Situation in Freiberg darstellt. Sie schreibt: Noch vor fünf Jahren, also 2008, sieben Kinderärzte in Freiberg. Damals war eine gute kinderärztliche Versorgung abgesichert. Jetzt gibt es noch drei Kollegen, da drei Kollegen in Rente gegangen sind und eine Kollegin nur noch privatärztlich arbeitet.

Das ist die Situation in Freiberg. Sie schreibt: Drei Praxen hoffnungslos überfüllt. Das kann jeder nachvollziehen. Außer Neugeborene, die sie annehmen, können die Kinder nicht mehr angenommen werden. Das heißt – und das muss man sich einmal überlegen –, eine Kinderärztin in Freiberg verweist Eltern mit Kindern nach Chemnitz und Dresden. Das ist also Realität. Das ist übrigens der KV Sachsen bekannt. Das ist dem Bürgermeister bekannt. Das ist der Politik bekannt.

Sie schreibt zu Recht – und damit wird die ganze Problematik auch deutlich: Besonders dramatisch ist dieser Zustand für sozial gefährdete Familien, um die es uns ja geht, die weite Wege zum Arzt nicht realisieren können. Gerade bei Problemfamilien ist die vernetzte Betreuung – das wissen wir alle – Kita, Therapeuten unumgänglich, um Fehlentwicklungen zu vermeiden.

Sie macht Ihnen übrigens noch ein Angebot. Sie schreibt: Es kann sich auch jederzeit ein interessierter Politiker bei uns vor Ort informieren. Nehmen Sie das Angebot wahr!

Nun eine Kommentierung aus unserer Sicht zur Überversorgung: Sie haben das gelesen. Unter dem Punkt 1 AG steht: Wir entsprechen den KV-Zahlen, Planzahlen für Sachsen vom 01.10.2012, kinderärztliche Versorgung Sachsen in allen Regierungsbezirken überversorgt. Man würde annehmen, bei Überversorgung wissen wir gar nicht, wo wir mit den Kinderärzten hin sollen. Man muss hier, denke ich, zwei Dinge klar unterscheiden:

Nach den Richtlinien der bundesweit gültigen Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und auch nach der Bedarfsplanung der KV Sachsen bedeutet Überversorgung nicht automatisch auch Sicherstellung der ambulanten allgemein-pädiatrischen Versorgung in der Fläche. Das trifft für Sachsen heute schon zu.

Zwei Dinge sind vielleicht wichtig. Von wem reden wir, wenn es um die allgemein-pädiatrische ambulante Versorgung geht? – Das wird nur von zwei Berufsgruppen der Kinder- und Jugendärzte abgesichert. Das sind die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte und die angestellten Kinder- und Jugendärzte in den MVZ teilweise. Die machen nicht nur allgemeinpädiatrische Versorgung. Daneben hat der Kinder- und Jugendarzt natürlich auch noch spezialisierte Versorgung zu betreiben. Die wird aber bei uns in Sachsen im Wesentlichen durch angestellte Kinder- und Jugendärzte in den Kliniken abgesichert in Form Ermächtigung, Einzelermächtigung, Institutsermächtigung und Fachdisziplin.

Mich hat die vom Sächsischen Staatsministerium angegebene Zahl von 427 von der KV ein wenig irritiert. Sie ist leider nicht weiter differenziert. Aber eines kann ich Ihnen mit

Sicherheit sagen: Diese Gesamtzahl von 427 betrifft auf keinen Fall niedergelassene Kinder- und Jugendärzte oder Ärzte in den MVZ. Ich darf Ihnen kurz unsere eigene Zusammenstellung vortragen:

Wir beschäftigen uns ständig mit der kinderärztlichen Versorgung. Das ist ganz klar. Unsere Zahlen stammen auch von der KV Sachsen, und zwar vom 01.01.2010. Wir haben also in Sachsen 321 niedergelassene Kinder- und Jugendärzte und in den MVZ 27,5. Das sind natürlich nicht alle Ärzte, die hier in der kinderärztlichen Versorgung tätig sind. Dazu kommt noch der Kinder- und Jugendärztliche Dienst. Frau Kollegin Carl wird dazu etwas sagen.

Es gibt noch eine Zahl, die ich mit kommentieren muss. Das ist aus März 2011. Es steht dort drin, es sind 70 Stellen, die in Sachsen für den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst, den ÖGD, zur Verfügung stehen. Das halte ich für sehr wichtig. Aber: Nur 60 % sind noch von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin besetzt, und es besteht in den nächsten fünf Jahren ein Bedarf von 25 Kinder- und Jugendärzten. Das wäre bis 2016. Frau Carl wird Ihnen sagen, wie es aussieht.

Dazu gehören noch die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) – ganz wichtig. Zum damaligen Zeitpunkt waren es sieben; jetzt haben wir acht. Die Sozialpädiatrischen Zentren sind für die Versorgung speziell von entwicklungsgestörten Neuropädiatrischen unverzichtbar – für uns ganz wichtig; wir haben inzwischen acht.

Eines ist wichtig: Bei diesen Sozialpädiatrischen Zentren ist es so: Es sind zwei in Dresden, zwei in Leipzig, eines in Chemnitz. Die anderen drei verteilen sich auf Görlitz, Riesa und Aue. Westlich von Chemnitz – Zwickau, Reichenbach, Plauen, Vogtland – gibt es kein SPZ. Das muss man mit zur Kenntnis nehmen.

Noch kurz einige Ausführungen dazu, welche Faktoren für uns wichtig sind, die bei der Bedarfsplanung in dieser Form überhaupt keine Berücksichtigung finden und auch nicht in diese eingehen. Das sind Faktoren, die uns seit Langem bekannt sind. Das ist natürlich nicht nur in Sachsen so, sondern auch bundesweit.

Wir alle wissen, dass sich in den letzten 20 Jahren im Aufgabenspektrum der Kinder- und Jugendärzte ein entscheidender Wandel vollzogen hat. Im Vordergrund steht die Prävention, die Vorsorge. Mein Kollege Herr Mertens wird Ihnen das erklären.

Zum anderen gibt es den Übergang von akuten zu chronischen Krankheiten und hier zunehmend die neuen Morbiditäten, das heißt, der Übergang von somatischen zu psychischen Auffälligkeiten und Störungen. Sie können sich Folgendes vergegenwärtigen: Der zeitliche Aufwand in einer Kinderarztpraxis, der durchschnittlich notwendig ist, ist heute so, dass 40 % des Zeitaufwandes auf die Vorsorge entfallen, etwa 30 % auf akute Erkrankungen und Anlässe, 20 % auf chronische Erkrankungen und 10 % auf diese neuen Morbiditäten. Das ist ein Faktor.

Der zweite Faktor ist die Altersstruktur; wir haben immer wieder darauf hingewiesen. Das ist eine Situation, die jetzt voll bei uns durchschlägt. Wir haben den Stand vom 01.01.2010 genommen; und es bezieht sich nur auf die 348 Kinder- und Jugendärzte, die in der Allgemeinpädiatrie sind, die also die Versorgung täglich vor Ort machen. Zu dem Zeitpunkt waren bereits 12,8 % über 65 Jahre – das sind 44 – und es waren 73, also 21,5%, schon über 60 Jahre; inzwischen sind drei Jahre vergangen. Die Alters-

struktur ist so: Wenn diese Kollegen, die jetzt über 65 Jahre sind, nicht mitarbeiten würden, wäre die kinderärztliche Versorgung nicht abzusichern.

Wir müssen uns zunehmend auf eine Situation einstellen, zu der ich kurz etwas sagen muss: Die Zukunftsgestaltung unserer angehenden Kinder- und Jugendärzte – das betrifft nicht nur unser Fachgebiet –, unserer jungen Kollegen ist eine andere als die, die wir heute noch kennen und die wir über Jahre praktiziert haben.

Diese Befragung von 262 Assistenten, die in der Ausbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sind, die vom Assistentenkongress von 2012 in Dresden stammt, möchte ich nicht kommentieren. Wir müssen uns ganz einfach auf diese veränderte Situation einstellen; das wissen wir im Berufsverband schon längere Zeit.

Für Sie einige Kennziffern: 57 % streben einen Arbeitsort in einer Stadt mit über 50 000 Einwohnern an. Das ist eine Tatsache – über die Gründe brauchen wir nicht zu diskutieren. 70 % der jungen Ärzte wollen in Teilzeit arbeiten. Sie haben ganz andere Vorstellungen von Lebensqualität, Beruf, Familie. Das, was wir gemacht haben – das, was Frau Riedel in Wilkau-Haßlau macht: 1 700 Fälle am Tag –, macht diese Generation nicht noch einmal. Es sind ja auch Frauen, die Familien haben. Das macht die nächste Generation nicht noch einmal.

Ein weiterer, für uns sehr wichtiger Gesichtspunkt: Welche Praxisform, wenn Sie sich für eine ambulante Tätigkeit entscheiden, würden Sie denn bevorzugen? Da ist es so: 61 % würden eine Gemeinschaftspraxis – mit mehreren Kinderärzten zusammen in einer Praxis – bevorzugen, aber nur 27 % würde eine Einzelpraxis übernehmen und 46 % würden lieber als angestellter Arzt in einem MVZ und etwa genauso viele, 40 %, in einer Klinik arbeiten.

Nun müssen Sie sich die Situation bei uns in Sachsen ansehen. Wir haben 317 niedergelassene Kinder- und Jugendärzte; davon arbeiten 171 in Einzelpraxen, also der weitaus größte Teil. Die Frage ist klar. Die Frage ist nicht irgendwelche Klassifizierung, weder Überversorgung/Unterversorgung noch gute Versorgung.

Die Klassifizierung ist: Wie gewinnen wir Kinder- und Jugendärzte für die allgemeine ambulante pädiatrische Versorgung?

Ein vierter Faktor, den wir seit langem immer wieder thematisieren, der nicht nur Sachsen betrifft, sondern deutschlandweit, ist der, dass mindestens sechs Monate der fünfjährigen Weiterbildungszeit zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin bei einem niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt oder MVZ abgeleistet werden müssen. Sie werden vielleicht fragen, warum das nicht geschieht. In der Weiterbildungsordnung steht, bis zu zwei Jahre ambulanter Tätigkeit kann angerechnet werden. Was nicht geklärt ist, ist die Finanzierung. Aus dem Grund geschieht gar nichts.

Alle Kinder- und Jugendärzte, die wir ausbilden, sind nicht einen Tag in einer Kinder- und Jugendarztpraxis gewesen oder in einem MVZ. Sie waren nicht einen Tag einmal im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst oder im Sozialpädiatrischen Zentrum. Sie kennen das Arbeitsprofil nicht. Wie sollen sie sich entscheiden, das später einmal zu machen. Es ist ganz klar: Wenn ich vorher schon Kontakt hatte – und das ist durchaus eine reizvolle Aufgabe –, dann entscheide ich mich auch früher und sage: Ich möchte

später einmal in der allgemeinpädiatrischen Versorgung von Kindern und Familien arbeiten.

Zum Schluss noch ganz kurz: Man muss, denke ich, die Sache in Sachsen differenzierter sehen. Freiberg und Wilkau-Haßlau sind keine Einzelfälle. Denken Sie an das Osterzgebirge! Denken Sie an das Vogtland! Es gibt viele Beispiele, wo Kinderärzte, die altersbedingt aufhören, keinen Nachfolger finden. Das ist unser Problem.

Lassen Sie es mich vielleicht so zusammenfassen: In unseren drei großen Städten Dresden, Leipzig und auch Chemnitz haben wir eine relativ hohe Dichte von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten, auch von Kinder- und Jugendärzten, die in MVZ angestellt sind. Dort haben wir auch zwei SPZ, Sozialpädiatrische Zentren, und einen noch personell gut aufgestellten Kinder- und Jugendärztlichen Dienst. Das sieht außerhalb der Großstädte schon ganz anders aus, zum Beispiel in Freiberg, Zwickau, Annaberg. Dort ist bereits heute eine kinderärztliche Versorgung in der Fläche nicht mehr möglich. Ich bin der Meinung, das muss ich leider sagen, dass sich eine weitere Verschlechterung der Entwicklung in den nächsten Jahren abzeichnet.

Lassen Sie mich als Letztes noch eines zum Kinder- und Jugendärztlichen Dienst sagen: Ich halte für ganz wichtig, dass sich Sachsen die vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Untersuchungen, Kita-Untersuchungen, Schuleingangsuntersuchungen, Zweitklässler und Sechstklässler – sie allein liefern uns jahrgangsbezogene Daten über den Gesundheitszustand unserer Kinder und Jugendlichen – unbedingt erhalten sollte. Hier sind wir im Moment im Vergleich zu anderen Bundesländern gut. Tragen Sie dafür Sorge, dass auch dafür – Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst und SPZ sind in die Bedarfsplanung bei der KVS nicht mit einbezogen, weil sie dafür nicht zuständig ist.

Das ist mein Statement zur Versorgung.

Vors. Heike Werner: Danke, Herr Dr. Hofmann. – Frau Carl, wir würden erst noch Herrn Mertens anhören, weil sich die beiden abgesprochen haben. Danach sind Sie an der Reihe. – Herr Mertens, bitte.

Stefan Mertens: Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Abgeordnete! Vielen Dank für die Einladung auch von meiner Seite. Ich spreche jetzt auch als niedergelassener Kinderarzt, also zu dem, was ich jeden Tag in der Praxis mache. Um verständlich zu machen, weil es hier besonders um die Prävention, um die Vorsorgeuntersuchungen geht, will ich kurz einen geschichtlichen Abriss geben, wie sich die Vorsorgen entwickelt haben, was sich für die Arbeit bei uns in den Praxen geändert hat und welche Bedeutung das aber auch bei der Einschätzung hat, zum Beispiel das Zeitverhältnis, was Dr. Hofmann schon kurz andeutete.

1971 wurde in der damaligen Bundesrepublik erstmals das Kindervorsorgeprogramm eingeführt. Es gab acht Vorsorgeuntersuchungen bis zum vierten Lebensjahr. Das ist eine Zeit, in der – zumindest im Westen – gerade das Farbfernsehen aufkommt. Niemand dachte an die fatalen Folgen von frühkindlichem Fernseh- und Medienkonsum. Die Kinder wachsen noch in Zwei-Eltern-Haushalten auf, und der Kinderarzt behandelt schwerpunktmäßig Infektionskrankheiten, kranke Kinder und macht einen Teil Vorsorgeuntersuchung mit.

Wenig später merkt man dann, es ist ganz wichtig, vor der Schule noch einmal eine Vorsorgeuntersuchung zu machen. Da gibt es die neunte Vorsorgeuntersuchung kurz nach dem fünften Geburtstag. 1998 kommt die erste Jugendgesundheitsuntersuchung, die J1, hinzu, weil man auch erkannt hat, dass es sehr wichtig ist, dass auch die Probleme der Jugendlichen mit beachtet werden müssen.

Bei all diesen Vorsorgeuntersuchungen, die als Gelbe-Heft-Untersuchungen bekannt sind – wer Kinder hat, weiß das –, machen wir eine Sekundärprävention. Sekundärprävention heißt, ich soll so zeitig wie möglich Krankheiten erkennen, die bereits vorliegen, dass diese behandelt werden können oder einer spezialärztlichen Behandlung zugeführt werden.

Seit den Neunzigerjahren haben wir aber eine völlig neue Situation. Dr. Hofmann hat das vorhin kurz angedeutet. Es treten zusätzlich Erkrankungen und Auffälligkeiten auf, die nicht als Erkrankung erkannt werden. Damals sagte man, es sind Verhaltens-eigentümlichkeiten, die zwar körperliche Symptome haben, aber eigentlich nicht körperlich bedingt sind. Ich spreche von Bauchschmerzen, Kopfschmerzen und solchen Dingen. Das wird immer mehr, und die können eigentlich so nicht erklärt werden. Der Beratungsbedarf wird immer größer. Es dauert immer länger, bis man zu einer Diagnose kommt. Behandlungen dauern immer länger.

Zunehmend werden Defizite in der Sprachentwicklung, der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Motorik, auch Konzentrations- und Lernstörungen erkannt. Auch das muss immer mehr in unserer täglichen Arbeit als Kinderarzt eingebracht werden. Mobbing wird ein Alltagsbegriff. Das kennen wir heute alle in den Schulen als Bezeichnung für eine gesellschaftlich bedingte aggressive Störung im Gruppenverhalten von Kindern und Jugendlichen. Das ist ein sehr großes Problem, das ich selbst zunehmend in der Praxis habe. Das ist ein unheimlicher Zeitaufwand. Im Gegensatz dazu weise ich darauf hin, was hier über die Zahl der Kinderärzte gesagt wurde.

Im medizinischen Sprachgebrauch tritt immer mehr dieser Begriff der neuen Morbiditäten auf, neue Krankheiten, die wir bisher so nicht kannten. Sie nehmen rasant zu bei gleichzeitigem Rückgang der Infektionskrankheiten. Das haben wir dem zu verdanken, dass wir bisher sicher eine sehr gute Präventionsarbeit in den Vorsorgeuntersuchungen gemacht haben. Wir haben ein gutes Impfprogramm, und wir sind in Sachsen mit dem Impfen auch vorweg, was zur Folge hat, dass auch ich in der Praxis heute viele Infektionskrankheiten nicht mehr sehe, die ich vielleicht vor zehn, 15 Jahren selbst noch erlebt habe.

Es reicht jetzt die Sekundärprävention nicht mehr aus, also das Erkennen der Erkrankung. Es ist viel wichtiger, dass wir jetzt vorbeugen, dass überhaupt Erkrankungen entstehen können. Wir müssen also eine Primärprävention haben. Wir haben aber weiterhin das gelbe Heft. Wir haben weiterhin die Vorgaben des gemeinsamen Bundesausschusses, wo genau festgelegt ist, was bei den Vorsorgeuntersuchungen gemacht werden muss, was aber diese neuen Erkrankungen überhaupt noch nicht beinhaltet.

Ich möchte einmal als Beispiel bringen: Wir müssen rechtzeitig erkennen, dass die Sprachentwicklung in Gefahr sein könnte, damit eine gezielte Sprachförderung gemacht werden kann, was in den Familien, in den Kindergärten geschehen muss. Dazu müssen wir aber den Eltern sagen: Passen Sie einmal auf, Ihr Kind entwickelt sich nicht richtig.

Hier muss etwas getan werden. Es gibt Beratungsbedarf. Das dauert viel länger als einfach einmal das Stethoskop auf die Brust zu halten oder den Bauch abzutasten. Es nimmt also viel mehr Zeit in Anspruch.

Genauso: Die Kinder sitzen jetzt mehr vor dem Fernseher, vor dem Computer. Sie haben schon mit fünf Jahren ihre Gameboys usw. und spielen damit. Man geht nicht mehr in den Wald. Man läuft nicht mehr draußen herum. Die gesamte Motorik ist beeinträchtigt. Auch das nimmt mehr Zeit in Anspruch. Die muss gefördert werden. Wir müssen dort etwas tun.

Deshalb ist es jetzt schon seit einigen Jahren so, dass wir noch eine weitere Vorsorgeuntersuchung haben, die U7a, inzwischen auch vom gemeinsamen Bundesausschuss mit involviert. Aber unser Berufsverband verlangt noch mehr, was an Untersuchungen gemacht wird. Es wurde integriert. Es ist also wieder mehr Sekundärprävention. Ich soll Untersuchungen machen, damit ich erkenne, dass das Kind krank ist. Aber es ist dort nicht beinhaltet, dass wir dem vorbeugen müssen, dass es überhaupt erst zu Erkrankungen kommt.

Der Berufsverband hat inzwischen ein völlig neues Vorsorgeprogramm erarbeitet, das heute, am 01.07.2013, in Kraft tritt. Es gibt jetzt also die bekannten Vorsorgen U1 bis U9 einschließlich der U7a, die schon vom Berufsverband erarbeitet ist. Es gibt jetzt neu eine U10 und U11, zwischen sieben und acht Jahren die U10, zwischen neun und zehn Jahren die U11.

Die J1 ist schon lange etabliert, und es gibt eine Jugenduntersuchung J2 mit 16/17 Jahren – mit einem völlig neu erarbeiteten Konzept. Das ist genau das, was ich gerade zu erklären versucht habe. Mit beinhaltet ist ein völlig neues Vorsorgeheft. Die BARMER GEK ist die erste Krankenkasse, die das in Form eines sogenannten Selektivvertrages mit übernehmen wird. Wir werden also ab heute die Vorsorgeuntersuchungen der BARMER GEK-Versicherten nach diesem neuen Vorsorgeprinzip machen. Bei den anderen Kassen ist es noch nicht möglich, weil die Kassen selbst es noch nicht anerkennen.

Das große Problem bei der ganzen Sache ist die Beurteilung unserer Leistungen. Es wird beurteilt, welche Diagnosen wir jedes Quartal abrechnen, und da sind der überwiegende Teil an Diagnosen nach wie vor die Infektionskrankheiten – oder überhaupt kranke Kinder, die zu uns in die Praxis kommen. Aber inzwischen ist es so, dass nicht mal mehr ein Drittel meiner täglichen Arbeitszeit für die Behandlung von akuten Erkrankungen der Kinder zur Verfügung steht; sondern die Vorsorgeuntersuchungen, das Impfen usw. nehmen mittlerweile zwei Drittel meiner täglichen Arbeitszeit in Anspruch.

Sie können sich vorstellen – in unserem Terminsystem plane ich für eine Vorsorgeuntersuchung 20 bis 30 Minuten ein, weil es eben solche großen Probleme gibt –; wenn solche Zahlen kommen – eine Praxis soll im Quartal 1 700 Patienten behandeln –, dann ist das der blanke Horror.

Ich habe nicht so viele Patienten in der Praxis; aber die Arzthelferinnen kommen zunehmend auf mich zu: Wo sollen wir das denn noch hinschreiben? Dann ist es kein Wunder, dass die Wartezeiten immer länger werden; dass es teilweise sogar Arztpraxen gibt, die es nicht mehr schaffen, die U10, die U11 usw. zu machen. Aber es ist

dringend erforderlich, dass diese Vorsorgeuntersuchungen gemacht werden, und unser Berufsverband setzt sich sehr engagiert dafür ein.

In Sachsen haben wir gemeinsam mit dem Gesundheitsamt, Berufsverband, Sozial-pädiatrischen Zentren und den Pädaudiologen ein Sprachscreeningsystem entwickelt für die U7a – eigentlich schon ab der U7 –, U8 und U9, bei dem wir einheitlich alle gemeinsam standardisierte Sprachtests anwenden, um gemeinsam beurteilen zu können: Hier sind Auffälligkeiten, dieses Kind braucht eine Förderung, jenes Kind braucht bereits eine Sprachtherapie. Das Ziel soll sein, dass wir das in Zukunft statistisch auswerten können, damit wir beurteilen können: Ja, es ist besser geworden, oder hier hat sich nichts geändert. Das ist ganz wichtig. Wir haben das in Sachsen schon voreilig gemacht und das wird auch ganz gut angenommen. – So weit zur Vorsorgeuntersuchung.

Vors. Heike Werner: Herzlichen Dank, Herr Mertens. Bei Frau Carl ist etwas mit der Präsentation schiefgegangen; aber wir haben Ihren Vortrag auch schriftlich vorliegen und werden ihn ans Protokoll anhängen, damit Sie es nachlesen können. Frau Carl, bitte.

Ingrid Carl: Begrüßt hatte ich Sie bereits – und vielen Dank für die Einladung. Ich kann zu Beginn viele Ausführungen zum Morbiditätswechsel in der Kindergesundheit weglassen, da meine beiden Kollegen schon sehr ausführlich darüber gesprochen haben (Anlage A 3).

Für uns ist es wichtig zu wissen: Die Entwicklungsrisiken, die durch diese neuen Erkrankungen auftreten, treffen ganz besonders Kinder aus sozial schwächeren und bildungsferneren Familien. Sie verschärfen damit natürlich soziale Risiken durch unterschiedliche Lernausgangslagen bei Schulbeginn.

Die fatalen Folgen dieser ungenügenden Startchancen belasten primär die Kinder und die Familien sowie die Schulen. Aber insgesamt wird die Gesamtheit der Solidarsysteme natürlich unausweichlich belastet werden, wenn nicht frühzeitig gegesteuert wird. Das betrifft sowohl die individuelle Situation als auch später höhere Kosten für Eingliederungs- und Jugendhilfemaßnahmen.

Die bisher noch in unserem Gesundheitssystem vorgehaltenen Komm-Strukturen des SGB V erreichen eben genau diese Risikokinder nicht oder nicht gut genug. Es ist aus Studien bekannt, dass ungefähr 35 % der Risikokinder nicht ärztlich versorgt sind – bis zu 50 % in manchen Bereichen –, und deshalb ist gerade hier die Versorgung durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter eine besonders wichtige Organisation, zumindest subsidiär.

In Sachsen haben wir noch den Vorteil, dass wir gesetzlich verankerte Untersuchungen durchführen können.

Auf das Personal werde ich später noch kurz eingehen.

Ich möchte Ihnen sagen, warum ich den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst in den Gesundheitsämtern in diesem Konsens für extrem wichtig halte. Wir sind Bestandteil der kommunalen Verwaltung und dadurch natürlich sehr gut mit anderen kommunalen Strukturen vernetzt. Wir haben auch einen unkomplizierten Zugang zu allen Kinder-

gemeinschaftseinrichtungen und Schulen. Das ist eine sozialpädiatrische Expertise, die in diesem Schnittmengenbereich Bildung, Eingliederungshilfe, Medizin vorgehalten werden kann.

Wir sind besonders aktiv im Themenkomplex Frühe Hilfen, Kinderschutz. Dort sind wir unverzichtbare Netzwerkpartner. Wir haben in Sachsen, denke ich, in den letzten Jahren sehr viel dazu erreichen können. Die Zusammenarbeit mit den Jugendämtern ist deutlich besser geworden. Die Vermittlung zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen ist gestiegen. Das Kindergesundheits-/Kinderschutzgesetz in Sachsen ist in Kraft getreten und wirksam.

Die Ärzte im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst sind natürlich trotzdem traurig darüber, dass wir häufig die Buhmänner sind, die die zweite und dritte Aufforderung an die Eltern schicken und wir den ganzen Frust über unberechtigte, weil eventuell falsch gelaufene Meldungen im Gesundheitsamt abfangen. Es gibt Berechnungen in einzelnen Gesundheitsämtern, dass die Personalkosten, die die Ämter bekommen, nur zu einem Drittelf ungefähr aufwiegen. Es sind weiter Kosten der Kommunen, die in diesem Zusammenhang entstehen.

Die Landkreise, die besonders schlecht kinderärztlich besetzt sind, werden häufig nach der zweiten Aufforderung der Eltern, zum Kinderschutzgesetz zur Untersuchung zu gehen, von den Eltern als Untersucher gewünscht. Es wird auch durchgeführt, aber um dort flächendeckender wirksam werden zu können, ist die personelle Besetzung nicht vorhanden und zum anderen auch, dass es in den drei Jahren nicht geschafft wurde, eine Teilermächtigung für die Ärzte im Gesundheitsamt zu bekommen, dass sie auch für die Leute dort wirksam werden können.

Ein weiterer Punkt im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst sind die Kita- und Schulaufnahmeuntersuchungen als Basiselemente der Schulgesundheitspflege. Hier ist der sozialkompensatorische Aspekt sehr groß. Die Einschulungsuntersuchung ist für alle Pflichtuntersuchung. Individuelle Lücken in der Gesundheitsversorgung können hier erst einmal ausgeglichen werden. Es ist auch eine körperliche Untersuchung, sodass wir, denke ich, einleiten können, wenn es Vorsorgeprobleme gibt.

Wichtig sind hier auch die Gesundheitsberichterstattung, wie schon genannt, und die Vermittlungskompetenz der sozialpädiatrischen Inhalte in die pädagogischen Institutionen hinein. Die weiterführenden Untersuchungen, die wir in Sachsen in Klasse 2 und Klasse 6 noch haben, sollten wir auf keinen Fall vernachlässigen, auch wenn einzelne Landkreise im Moment dort große Lücken aus personellen Gründen haben. Wir haben im Gesetz keine Verankerung, um nur nachgehend Probleme weiter zu betreuen.

Die KiGGS-Studie hat zum Beispiel ergeben, dass an die 50 % von Jugendlichen angeben, schon Essstörungen oder Verhaltensweisen gezeigt zu haben, die mit Essstörungen in Verbindung zu bringen sind. Ich denke, gerade die Jugendlichen dürfen wir keinesfalls außer Acht lassen, zumal die J1 nur zu ungefähr 60 % wahrgenommen wird.

Sachsen ist hier bundesweit mit führend. Wir sind auch an dieser Machbarkeitsstudie des Bundesgesundheitsministeriums beteiligt, die Ärzte in die Schulen – – Im vorigen Sommer sind wir lächelnd darüber hingegangen. Aber es ist so – wir sehen das auch an

den Altbundesländern –, dass da wenig passiert. Die Kollegen beneiden uns inzwischen um die Möglichkeiten, die wir noch haben.

Die Gesundheitsberichterstattung hat Kollege Hofmann schon genannt, dass das über unsere Untersuchungsergebnisse sehr gut laufen kann, wobei ich sagen muss, es ist nicht nur ausreichend, die Zahlen zu erfassen. Aus diesen Zahlen muss auch eine Veränderung von Bedingungen erfolgen. Wir haben das kleinräumig. Ich kann es von Dresden berichten, dass die Kita-Struktur aufgrund der Ergebnisse wesentlich verändert wurde, natürlich nicht allein deshalb. Diese Änderung ist, glaube ich, der wichtigere Bestandteil der Gesundheitsberichterstattung, natürlich auch die Beteiligung an Präventionsprojekten. Die sollten wir auch über die kommunalen Bereiche in den Schulen erhalten lassen, weil wir merken, dass sehr viele private Firmen, Optiker, inzwischen in Schulen auch gegen einen finanziellen Obolus auftreten und dort Früherkennungsuntersuchungen anbieten.

Ein sehr wichtiger Bestandteil unserer Arbeit ist die Begutachtung von Kindern mit besonderen Bedürfnissen. Mit Blick auf die künftige inklusive Beschulung, die an Sachsen sicher nicht vorbeigehen wird, denke ich, werden unsere Aufgaben noch mehr steigen. Ein Schularzt muss eben auch in der Schule sein. Im Moment ist die Tendenz leider ein bisschen anders. Sie geht ein wenig in die andere Richtung. Ich würde mir sehr wünschen, dass wir nicht nur die Kita- und die Schulaufnahmeuntersuchung als besonders wichtig sehen, sondern ich bin ein alter Schularzt, der vor Ort war. Vor drei Jahren war ich noch erschrocken oder vor fünf Jahren, und heute bin ich stolz darauf, wenn eine Mutti kommt und sagt, Sie waren bei mir auch schon Schularzt. Ein bisschen Anerkennung braucht man eben auch einmal.

Wie gesagt: Diese Förderlandschaft, die bei uns bekannt ist, wo man aus vielen Dingen für das einzelne Kind vielleicht etwas Gutes herausholen kann, ich denke, dieses Wissen sollte über den schulärztlichen Dienst unbedingt beibehalten werden.

Ein ganz wichtiger Punkt ist die Qualitätssicherung der Untersuchungen. Besonders im Bereich der Schulaufnahmeuntersuchung haben wir Bemühungen in den Kommunen und auch dank der Unterstützung durch das SMS, dass wir einen hohen Grad an Vergleichbarkeit erreicht haben. Wir haben also Standarduntersuchungsprogramme und ich denke, das ist alles sehr schön.

Wir als Jugendärzte sind sehr daran interessiert, moderne, neue Testmethoden zu finden und ein wenig traurig darüber, dass wir einen hervorragend geeigneten Schulaufnahmetest im Moment wohl aus finanziellen Gründen nicht so einführen können, wie wir es uns erhofft hatten. Wir bitten sehr um die zusätzliche Unterstützung des Sozialministeriums bei der Einführung dieses Tests, auch wenn der Geld kostet. Aber alle Vorsorge kostet Geld. Das sollten uns unsere Kinder wert sein. In diesem Test sind genau solche Untersuchungen enthalten, die wir jetzt noch nicht haben. Die Konzentrationsschwächen und solche Dinge werden dort mit erfasst. Genau das, was uns fehlt, wäre in dem neuen Test enthalten, und es ist kein Betrag von einer zweistelligen Tausenderzahl. Es ist deutlich weniger, was dafür notwendig ist.

Ganz kurz noch: Ich bin jetzt bewusst nicht auf die Gesundheitsstatistik eingegangen. Ich habe ein paar Diagramme dabei, aber das ist überall nachlesbar und auch vom Sozialministerium sehr gut zugearbeitet gewesen, welche Untersuchungsbereiche in den Zahlen auffällig sind.

Ich möchte Ihnen nur noch sagen: Im vergangenen Schuljahr waren in den sächsischen Gesundheitsämtern 64 VBE Ärzte und der Anteil an Kinder- und Jugendärzten ist ein bisschen angestiegen; wir konnten einzelne junge Kollegen gewinnen. Es ist jetzt also in jedem Gesundheitsamt wenigstens ein Kinder- und Jugendarzt/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin. Vor fünf Jahren waren es noch 80 – jetzt sind es 64 – und 111 mittleres medizinisches Assistenzpersonal, also nicht einmal zwei pro Arzt. Es ist bedenklich, dass es dort, wo es wenige Ärzte gibt, auch noch wenig Assistenzpersonal gibt – also noch weniger pro Arzt.

Ich möchte Ihnen die zusätzlichen Aufgaben nennen, die neben diesen Reihenuntersuchungen, die immer so im Kopf sind, wenn man Schularzt hört, zu bewältigen sind: Im Durchschnitt sind in Sachsen im vorigen Jahr pro Jugendarzt 770 Beratungen mit Eltern, Lehrern, Erziehern durchgeführt worden. Jeder Jugendarzt hat fünf Asylbewerberuntersuchungen durchgeführt – das verteilt sich sehr unterschiedlich in den einzelnen Landkreisen –, 2,5 Jugendarbeitsschutzuntersuchungen, die eigentlich nur noch in Dresden üblich sind, 15,6 zusätzliche Individualuntersuchungen, 6,3 Hausbesuche, 54 Impfungen. Das ist klar; das geht überwiegend an die niedergelassenen Kollegen, vor allen Dingen in den Großstädten. Chemnitz impft im Gesundheitsamt noch sehr viel. Jeder Jugendarzt hat 66 Gutachten für Eingliederungshilfe gemacht, 68 Gutachten für Förderschulaufnahmen, 42 sonstige amtsärztliche Gutachten – das sind Schulweggutachten und ähnliche Dinge – und fast 200 Sportatteste erstellt.

Der Mangel an Ärzten ist besonders in den Landkreisen sehr hoch. Dresden und Leipzig sind einsame Spitzen mit der ärztlichen Besetzung – wobei wir trotzdem Probleme haben, und sobald einer ausfällt, wird es problematisch, alle Aufgaben zu erfüllen.

Alle bisher beschlossenen Maßnahmen zur Gewinnung zusätzlichen Personals haben sich als nicht ausreichend erwiesen. Nicht einmal die finanzielle Zulage in Dresden hat dazu geführt, dass wir auf die jetzt ausgeschriebene Stelle eine Bewerbung für einen Facharzt Kinder- und Jugendmedizin bekommen haben. Das ist natürlich klar: ÖGD-Ärzte haben unter den Kassen- und Klinikärzten – mit Ausnahmen – keine besonders hohe Anerkennung. Wir werden nach Verwaltungstarif bezahlt und sind eben auch für die Bevölkerung nicht die „richtigen“ Ärzte – „ich komme nicht zu Ihnen; ich gehe lieber zu meinem richtigen Arzt“. Dazu kommt, dass uns die Zeit fehlt, das Können, das wir eigentlich haben, unter Beweis zu stellen.

Aus unserer Sicht wäre eine verpflichtende Tätigkeit im Gesundheitsamt während der Facharztausbildung eine gute Möglichkeit, diesen Sinneswandel zu vollziehen und auch den Vorteil der Tätigkeit im Gesundheitsamt zu sehen. Es ist sehr vielseitig, es ist familienfreundlich und man kann – gerade sozialpädiatrisch – eine ganze Menge erreichen.

Vielen Dank.

Vors. Heike Werner: Recht schönen Dank, Frau Carl. – Nun hat Herr Koesling das Wort.

(Stephan Koesling referiert anhand einer PowerPoint-Präsentation – Anlage A 4.)

Stephan Koesling: Sehr geehrte Abgeordnete! Sehr geehrte Vorsitzende! Vielen Dank für die Einladung.

Ich möchte das Thema wechseln – von der medizinischen Prävention einmal stärker hin zur nicht medizinischen Prävention und Gesundheitsförderung; also allem, was vor dem Versorgungsbereich liegt. Deshalb habe ich das Beispiel Gesundheit in sächsischen Kindertageseinrichtungen mitgebracht – zum einen, damit es etwas anschaulicher ist, und zum Zweiten, weil man daran ein paar Herausforderungen und Themen ableiten kann.

Was sich durchzieht, ist die Frage der sozialen Lage, und ohne dass wir es abgesprochen haben, wurde von jedem die Situation angesprochen, dass wir im überwiegenden Teil in Deutschland Kinder haben, die gesund aufwachsen; aber diese 15 bis 20 %, die immer wieder bei den KiGGS (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) und anderen Studien auftauchen, sind es eben. Es zeigt sich in den verschiedenen Dimensionen, die wir gehört haben, dass wir dort einfach schlechtere Gesundheitschancen haben, und deshalb ist mein Plädoyer schon einmal vorweg, dass wir stärker dahin schauen. Das heißt, die Chancen für ein gesundes Aufwachsen in Deutschland sind ungleich verteilt; es sind schon einige Studien angesprochen worden.

Ich habe hier einmal eine Sammlung für alle Themenbereiche gebracht. Sie können, glaube ich, in Deutschland meterweise Literatur dazu sichten, dass das immer wieder auf das gleiche Ergebnis hinausläuft. Sie können das, wie gesagt, an verschiedenen Faktoren deutlich machen, von Unfällen bis Medienkonsum. Das haben wir gerade gehört. Einige Literaturstellen sind dazu angegeben.

Was kann man in Sachsen tun? – Einerseits natürlich das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“. Das heißt, einmal in den Bereich der kindlichen Lebenswelten zu gehen, hier im Bereich der Setting Kita. Das ist das eine. Das andere ist das, was sich auch bundesweit immer stärker zeigt, die Frage kommunaler Partnerprozess in Kooperation mit der BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), also die Zusammenarbeit von Gesundheits- und Jugendhilfe möglichst sehr früh. Wir haben jetzt die frühen Hilfen, aber es geht natürlich um mehr, über die frühen Hilfen hinaus, communal vernetzte Präventionsketten, wie wir das im Fachchinesisch sagen, umzusetzen.

Was dahinter steckt ist das, was uns Dormagen vormacht, Dormagener Modell, Präsident des Kinderschutzbundes, zu zeigen, wir brauchen diese verschiedenen Mechanismen, die dort aufgeführt sind, von Anfang an, also so früh wie möglich, zu intervenieren, wirklich präventiv tätig zu werden und nicht am Ende nur zu reparieren und viele Kosten für Erziehungsmaßnahmen auszugeben. Das heißt, sehr früh da zu sein und die vernetzten Akteure und die Möglichkeiten der Kommunen stärker zu nutzen. Das ist der Trend. Dormagen macht es vor. Viele Kommunen gehen hinterher. In Sachsen haben wir eine starke Diskussion in Leipzig, im Landkreis Zwickau, die an einem neuen Konzept arbeiten. Auch der Landkreis Sächsische Schweiz/Osterzgebirge ist dabei, das stärker vernetzt zu denken.

Ich denke, hier haben wir eine schöne Entsprechung von Landesentwicklung zur kommunalen Entwicklungen, gestützt – wie gesagt – durch die BZgA, die seit einigen Jahren dabei ist. Ich will das hier noch einmal starkreden, auch weil ich denke, es ist in

Sachsen noch nicht so angekommen, dass die BZgA seit vielen Jahren schon großes Augenmerk darauf legt.

Setting Kita versteht sich von selbst. Wir haben in Sachsen eine hohe Durchdringung. Das ist auch etwas Schönes, dass wir einen so hohen Betreuungsgrad sicherstellen können. Viele Kinder haben – und ich glaube, das ist auch das sehr Positive – auch durch den Bildungsplan einen Zugang zu dem Thema Gesundheit, Wohlbefinden, somatische Bildung.

Seit einigen Jahren haben wir die Koordinierungsstelle bei uns in der Landesvereinigung, die verschiedene Aufgaben wahrnimmt. Im Kern geht es genau darum, nämlich Bildung und Gesundheit in einen koordinativen Zusammenhang zu bringen. Ich glaube, das ist ganz gut gelungen. Ich will nicht die einzelnen Beispiele nennen. Die haben Sie in Ihren Unterlagen. Ernährung haben wir schon gehört, Bewegung, Mundgesundheit als ein Handlungsfeld, wo konkrete Produkte entstanden sind, die Sie dort verfolgen können.

Wir haben das Thema Lebenskompetenz, was immer wichtiger wird. Wir haben auch die Frage der neuen Erkrankungen gerade gehört. Wir haben das Thema psychische Gesundheit. Hier kommt es darauf an, sehr früh Lebenskompetenzprogramme in Kita und Schule zu platzieren. Es gibt einige, die bundesweit verfügbar sind. Ich glaube, hierauf muss man noch stärker das Augenmerk legen.

Sprache ist, glaube ich, auch etwas, das immer wieder durch die Medien geht. Auch hier ist einiges geschehen und wird weiter geschehen. Ich denke, auch das ist ein guter Indikator für das Thema soziale Lage und Gesundheit.

Nicht zuletzt sollten wir bei Kita nicht die Erzieherinnen vergessen. Hier haben wir auch sehr stark das Thema „50 plus“ im Fokus, zu sagen: Wie kann man lange in diesem Beruf gesund bleiben. Hier ist einiges speziell mit dem Kultusministerium passiert, das Thema Erzieherinnengesundheit voranzubringen.

Bedingungen für gesundes Aufwachsen: Wir haben es schon gehört, wir haben eine zunehmend bewegungsunfreundliche Umgebung. Das heißt, wir müssen nach Alternativen schauen, wie auch im Bereich Kita das Thema naturnahe Gestaltung der Außenflächen, des Außenraumes, noch stärker für Bewegungsangebote genutzt werden. Das ist der Hintergrund dieses sächsischen Kinder-Garten-Wettbewerbs, der schon in der dritten Runde ist und sehr stark von der Kita-Praxis aufgenommen wird. Ein hervorragendes Beispiel für interdisziplinäre Zusammenarbeit ist die zwischen Gesundheitsbereich, Erziehern, Bildungsbereich und Gartengestaltung, Landschaftsarchitekten. Das ist für mich beispielgebend für das, wohin wir in verschiedenen Bereichen müssen.

Nicht zuletzt müssen wir auch die Qualität sichern. Hier sehe ich großen Bedarf, das Thema Gesundheit, Primärprävention in der Qualitätsentwicklung von Kita, Schule weiter voranzubringen. Bei Kita bin ich ein bisschen optimistischer. Bei Schule haben wir aus meiner Sicht hier großen Bedarf.

Was konnten wir in den zurückliegenden Jahren erreichen? – Fast ein Drittel aller Kitas in Sachsen haben wir bisher mit dem Thema erreichen können. Wir haben es geschafft, die Fachberater für das Thema Gesundheit gut zu qualifizieren. Das sind die Multiplika-

toren, die das in die Fläche bringen, dann die Partner in den Jugendämtern und in den Gesundheitsämtern. Wir haben die kontinuierliche Unterstützung durch das Sozialministerium in all den Jahren, wobei man hier immer im Blick haben muss, dass es hier um eine Koordinierungsstelle für Sachsen geht, und dass man das einordnen kann.

Wenn Sie sich jetzt einmal den Bereich der frühen Hilfe anschauen, wie viel Umsatz, wie viel Volumen dahinter steckt, haben Sie einen Vergleich, was für das Thema auch notwendig ist. Wir haben die beiden Bereiche, glaube ich, für den pädagogischen Alltag in Kitas sehr gut zusammengeführt. Was mir sehr wichtig ist, ist diese Kooperation mit den Trägern von Kindereinrichtungen, aber auch der BGW, der zuständigen Unfallversicherungsstelle. Darin stecken noch weitere Potenziale.

Was sind die Herausforderungen, um noch ein wenig kritischer zu werden, auch für Ihre Diskussion? – Was wir nicht haben, aber zukünftig brauchen, ist die wissenschaftliche Begleitung, auch im Sinne von Längsschnittstudien. Wir werden immer wieder kritisch gefragt: Was bringen die Dinge? Was macht Ihr da? Was kommt da heraus?

Dann haben wir die Querschnitte der Schuleingangsuntersuchung usw. Aber wir haben nichts, was sozusagen in der Intervention direkt belegbar ist, um zu sagen: Wie verändert sich Kindergesundheit im Vergleich zu einer Interventionsgruppe? – Wir brauchen hier wirklich längsschnittliche, über Jahre, Studien, um noch stärker belegen zu können, dass dieser Weg der richtige ist.

Wir haben das Thema frühe Hilfen. Das ist relativ neu. Hier müssen wir uns in Sachsen weiter vernetzen. Das wird auch von der BZgA gefordert, dass die Bereiche frühe Hilfen und Primärprävention stärker miteinander vernetzt werden müssen. Wir brauchen den Ausbau nach unten, zu den U3. Sehr stark in den Vordergrund rücken die Kindertagespflegepersonen, wo wir in der Praxis sehr viel Bedarf sehen, hier strukturierte, qualifizierende Angebote für den Bereich zu machen.

Sehr kritisch zu sehen sind die Rahmenbedingungen der Kita. Das brauche ich diesem Haus nicht zu sagen. Es gibt immer wieder die Diskussion, wie kann ich diese Themen in einen pädagogischen Alltag umsetzen? – Wir haben inzwischen Kitas im ländlichen Raum, die mit uns nicht einmal mehr Gesundheitszirkel machen können, weil sie dafür keine Zeit haben. Das heißt, wir müssen das dann in die laufenden Routinedinge einbauen, was diese erschwert.

Wir brauchen eine kontinuierliche Fortführung. Das ist auch ein politisches Signal an dieses Haus zu sagen: Wo machen wir weiter? Wie machen wir weiter? – Die vorhandenen Defizite habe ich angesprochen. Nicht zuletzt möchte ich die rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit nennen, die auch im 14. Kinder- und Jugendbericht im Bundesrat ein Thema war. Es ist uns sehr wichtig, das zusammen zu denken, die SGB stärker zu vernetzen. Das SGB V ist dort noch nicht wirklich drin. Der gesamte Bereich der Krankenkassen ist bisher noch als Übungsaufgabe, nicht wirklich als kontinuierlich eingebunden. Hier sehe ich für Deutschland einen sehr großen Bedarf, den Bereich SGB V dort hineinzunehmen. Wir sind sehr gespannt, was das neue Präventionsgesetz – wenn es denn kommen sollte – bringen wird. Es wäre uns wichtig, das dann auch mit der BZgA zusammen umzusetzen.

Das war es. Vielen Dank fürs Zuhören, und für Fragen stehe ich gern zur Verfügung.

Vors. Heike Werner: Herzlichen Dank, Herr Koesling. Nun hat Frau Dr. Ulrich das Wort.

Dr. Gisela Ulrich: Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Meine Damen und Herren Abgeordnete! Liebe Gäste! Vielen Dank für die Einladung, die wir als Deutscher Kinderschutzbund gern angenommen haben. Ich möchte auch nicht von der medizinischen Seite an diese Dinge herangehen, weil ich das nicht kann. Das ist nicht meine Profession. Ich habe lange Jahre Erfahrung im Jugendhilfebereich und vor allen Dingen auch in der Zusammenarbeit mit anderen Professionen. Das ist etwas, was wir auch im Kinderschutzbund weiter sehr intensiv pflegen. Deshalb möchte ich ein wenig weiter ausholen und einige allgemeine Vorbemerkungen machen, bevor ich zu konkreteren Dingen komme, die mir am Herzen liegen (Anlage A 5).

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation ist Gesundheit ein Zustand vollkommenen, körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen. Ich denke, das ist allen weitgehend bekannt, die sich mit diesen Fragen einmal beschäftigt haben.

Ob Kinder und Jugendliche gesund sind, lässt sich demnach nicht nur darauf reduzieren, dass sie gerade keine akute oder chronische Erkrankung haben, sondern umfasst körperliche, psychische und soziale Aspekte. Darauf wurde heute schon mehrfach hingewiesen.

Nach der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO von 1986 zielt „Gesundheitsförderung darauf, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont ebenso wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung zur Gesundheitsförderung liegt eben deshalb nicht nur beim Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.“ – Ende des Zitats.

Mit dem heute in Rede stehenden Antrag war die Staatsregierung gefordert, einen „umfassenden Bericht über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen vorzulegen“.

Vor dem Hintergrund der oben genannten WHO-Definition kann die Stellungnahme der Staatsregierung diesem Anspruch nicht hinreichend genügen; denn diese beschränkt sich lediglich – und soweit jeweils Daten überhaupt vorliegen – auf die konkret angefragten Aspekte und hält eine umfassende Berichterstattung sogar für obsolet. Leider wird auch die umfassende Evaluation des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ als – ich zitiere – „nicht zielführend und realisierbar“ erachtet. Als Begründung wird in der Stellungnahme der Staatsregierung angeführt, dies sei der Vielschichtigkeit des realen Prozesses geschuldet – eine Begründung, die meines Erachtens nicht überzeugen kann; auch deshalb nicht, weil es im Koalitionsvertrag zwischen CDU und FDP noch

ganz anders formuliert ist. Dort kann man nachlesen: „Die mit verschiedenen Partnern erarbeiteten Gesundheitsziele werden kontinuierlich umgesetzt und evaluiert.“ Man fragt sich, ob man davon nun abgerückt oder wie das zu verstehen ist.

Es wäre also wünschenswert gewesen, wenn sich die Stellungnahme zum vorliegenden Antrag nicht nur auf die unmittelbar abgefragten Sachverhalte beschränkt hätte, sondern wenn darüber hinaus auch Angaben zur allgemeinen Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen, zu ihren Lebenslagen und deren Einfluss auf die gesundheitliche Situation der jungen Menschen in unserem Bundesland gemacht worden wären.

Bekannt ist, dass zwischen der sozialen Lage, dem Bildungsstand, dem Familienstatus, der Einkommenssituation und den individuell jeweils verfügbaren Ressourcen einerseits und dem Gesundheitszustand junger Menschen andererseits signifikante Zusammenhänge bestehen, die gesundheits- und sozialpolitisch nicht außer Acht gelassen werden können. Dies ist nicht nur im Interesse des Kindeswohles bedeutsam, sondern hat auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, von dem Sachsen massiv betroffen ist, auch volkswirtschaftliche Bedeutung. Denn angesichts dessen, dass sich die Zahl der jungen Menschen in unserem Bundesland seit 1990 fast halbiert hat – das kann man zumindest sehr genau sehen, wenn man sich die Veröffentlichung im Statistischen Landesamt anschaut; es betrifft zumindest die Gruppe von null bis 15 Jahren; da ist es sehr eindeutig –, gibt es keine vernünftige Alternative dazu, Gesundheitsförderung so zu gestalten, dass möglichst jeder – ich betone: jeder – junge Mensch als selbstbestimmt entscheidendes, handlungsfähiges Subjekt in der Lage ist, die eigene Gesundheit zu erhalten, zu stärken und wiederzugewinnen.

Denn Gesundheit ist eine wesentliche Bedingung für soziale, ökonomische und persönliche Entwicklungen und entscheidend für die Lebensqualität des Einzelnen. Deshalb brauchen alle Kinder und Jugendlichen die gleichen Chancen, gesund aufzuwachsen zu können.

Zudem erkennt Deutschland als Vertragsstaat der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an – im Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention kann man das nachlesen – und ist auch aus diesem Grunde dazu verpflichtet, Chancengerechtigkeit für alle Kinder herzustellen. Dies gilt selbstredend natürlich auch für Sachsen.

Im Jahr 2009 wurde von einer unabhängigen Expertenkommission der 13. Kinder- und Jugendbericht vorgelegt; auf den 14. ist Herr Koesling schon eingegangen. Dieser 13. Kinder- und Jugendbericht hat in seinen Analysen und Schlussfolgerungen Entwicklungsbedarfe zur Gesundheitsprävention und -förderung in der Kinder- und Jugendhilfe beschrieben. Der Bericht trägt den Titel „Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen, gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe“.

Zwar ist er schon einige Jahre alt, deshalb aber nicht minder aktuell, auch wenn in den Folgejahren seit seiner Erstellung einiges auf den Weg gekommen ist. Ich nenne hier nur beispielhaft das Thema Frühe Hilfen oder Bundeskinderschutzgesetz, was auch schon in Rede stand.

Dennoch lohnt es sich für die Weiterentwicklung von Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen in Sachsen, diesen Bericht noch einmal gründlich zu studieren und die darin enthaltenen Erkenntnisse und Schlussfolgerungen auf ihre Umsetzungsmöglichkeiten in Sachsen zu hinterfragen.

Da es in vielen Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung auch in Sachsen leider noch immer an hinreichender Kooperation mangelt und der zentrale Auftrag an die damalige Berichtskommission lautete, die Schnittstellen zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitswesen und der Behindertenhilfe zu untersuchen, ist es nur folgerichtig, sich noch einmal mit dem 13. Kinder- und Jugendbericht zu beschäftigen; dies auch mit dem Ziel, im Zusammenwirken der Jugendhilfe mit anderen Systemen Synergieeffekte zu erreichen und die begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen zielgenauer zu nutzen.

Hier geht es nicht nur um das Zusammenwirken mit dem Gesundheitssystem und der Behindertenhilfe, sondern auch mit der Schule, mit den Eltern, mit den Sportvereinen bis hin zu Wirtschaft und Politik. Dabei ist die Kinder- und Jugendhilfe laut § 81 SGB VIII zur strukturellen Zusammenarbeit mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen verpflichtet. Das ist also kein „ich kann“ oder „ich sollte“, sondern sie ist verpflichtet, dieses zu tun, vor allem, wenn es sich hier um Institutionen handelt, deren Tätigkeit sich auf die Lebenssituation junger Menschen und ihrer Familien auswirkt, darunter eben auch Gesundheitswesen und vor allem auch Schule.

Partiell gilt dies auch im Gegenzug für diese Stellen in Bezug auf Kinder- und Jugendhilfe. Zum Beispiel gibt es eine Verankerung des Zusammenarbeitsgebotes der Schule mit der Jugendhilfe im Sächsischen Schulgesetz.

Bei der beschriebenen Problematik ist es vermutlich dennoch so, dass es der Mehrzahl der Kinder in unserem Land zu keiner Zeit so gut ging wie heute. Verglichen mit den Lebensumständen von vor 20 oder 50 Jahren hat sich enorm viel verbessert. Aber von Fortschritt bei Bildung, Gesundheit und Lebenschancen profitieren die Kinder am unteren Rand der Gesellschaft kaum. Etwa ein Fünftel gehört auch in Sachsen zu dieser Risikogruppe. Das klang jetzt in verschiedenen Zusammenhängen schon an.

So konnte die KiGGS-Studie, die schon mehrfach erwähnt wurde, zeigen, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien zum Beispiel häufiger von Übergewicht betroffen sind, häufiger zu den Rauchern gehören, weniger gestillt wurden, seltener regelmäßig Sport treiben, mehr fernsehen, sich seltener die Zähne putzen, häufiger Verhaltensauffälligkeiten zeigen, häufiger psychische Probleme, Essstörungen haben, in einem ungünstigeren Familienklima aufwachsen, geringere personale, soziale und familiäre Ressourcen besitzen, eine höhere Gewaltbelastung aufweisen, auch Früherkennungsuntersuchungen seltener wahrnehmen und – was zunehmend zu beobachten ist – immer häufiger mit ADHS-Diagnosen (Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung) konfrontiert sind.

Damit rückt der Lebensstil ins Blickfeld von Ursachenforschung und Präventionskonzepten. Vor diesem Hintergrund ist die Elefanten-Kindergesundheitsstudie, die vom PROSOZ-Institut in Kooperation mit dem Deutschen Kinderschutzbund durchgeführt wurde, sehr interessant. Es wurden fast 5 000 Kinder zwischen sieben und neun Jahren über ihre Einstellungen, Meinungen und Erfahrungen zum Thema Gesundheit befragt – mit zum Teil überraschenden Ergebnissen.

Grundschulkinder legen überwiegend großen Wert auf Gesundheit, wissen bereits viel über Gesundheit, gesunde Ernährung und auch Bewegung. Nach eigenen Aussagen essen sie häufiger Obst und Gemüse als Süßigkeiten, trinken Wasser und Tee statt Limonade.

Aus anderen Studien ist allerdings bekannt, dass sich die Ernährungsgewohnheiten im Grundschulalter bei einem Teil der Kinder auch wieder negativ entwickeln. Das heißt, das schon ausgeprägte Gesundheitsbewusstsein, das im Ergebnis dieser genannten Studie deutlich zum Ausdruck kommt, geht zum Teil offenbar wieder verloren. Aber kindliche Motivation, der Spaß am gesunden Lebensstil muss erhalten bleiben. Wir sind also gefragt, mit den verschiedensten Projekten und Initiativen diese Impulse zu verstärken.

Der Deutsche Kinderschutzbund, Landesverband Sachsen e. V. setzt hier an und hat ein präventives Elternangebot entwickelt, das den Titel trägt „GELKI! Gesund leben mit Kindern – Eltern machen mit“. Dabei handelt es sich um ein präventives Elternbildungsangebot, das in Kooperation mit der AOK PLUS verwirklicht wird. Einzelheiten dazu finden Sie auf unserer Homepage. Ich will das hier nicht alles im Detail darlegen, weil man das nachlesen kann. Sonst läuft uns die Zeit davon.

Dem Kindeswohl und damit auch der Kindergesundheit dienen weitere Projekte unseres Verbandes wie – ich nenne einige beispielhaft: die Elternkurse „Starke Eltern – starke Kinder“, die es nicht nur in Sachsen gibt, sondern bundesweit und neuerdings auch in Tschechien, das Projekt „Kinder in guten Händen“, der Umgang mit Kindern aus suchtbelasteten Familien, das Thema Kinderschutz im Sport und nicht zuletzt hat auch das Kinder- und Jugendtelefon, Elterntelefon, das wir betreiben, einen engen Bezug zur Gesundheitsproblematik.

Soweit dazu. Sie können Einzelheiten über diese Dinge auch auf unserer Homepage nachlesen.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Vors. Heike Werner: Herzlichen Dank Ihnen allen für die erste Runde. Ich denke, es gibt noch eine ganze Reihe an Fragen. Ich gebe zunächst der einbringenden Fraktion das Wort. Das ist Frau Neukirch von der SPD. Bitte schön.

Dagmar Neukirch, SPD: Vielen Dank vonseiten der SPD-Fraktion an alle Sachverständigen, die mit ihrem jeweiligen Hintergrund versucht haben, auf die Vielschichtigkeit dieses Antrages einzugehen. Ich war jetzt gerade noch dabei zu sortieren, weil es doch relativ viel ist, was auf meinem Zettel steht. Ich würde gern, bevor ich die konkreten Fragen stelle, die vier Sachverhalte benennen, die mir bei fast allen Sachverständigen aufgefallen sind, um die wir uns kümmern müssen.

Das Erste ist die Datenlage. Ich habe den Eindruck, wir wissen sehr viel allgemein-theoretisch aus bundesweiten Studien, und wir wissen manches sehr punktuell genau, wie die Sachverständigen der Zahnärztekammer gesagt haben. Ist das ausreichend? – Mir fehlen hier ein bisschen die genauen Erkenntnisse aus dem, was bereits in Sachsen gemacht wurde, wie das im Prinzip umgesetzt wurde, was Herr Koesling auch sagte. Die Datenlage ist für mich ein wenig diffus. Auf der einen Seite hat man das Gefühl,

man hat sehr viel. Auf der anderen Seite, wenn man etwas Konkretes machen will, hat man wiederum das Gefühl, dass hier doch noch etwas fehlt.

Das Zweite sind die Schnittstellenproblematiken. Wir haben es hier mit einem Bereich zu tun, der gerade im präventiven Bereich in sehr viele Ressorts hineinschaut, und wenn eine von diesen Stellen nicht richtig funktioniert, kommt das gesamte System ins Stocken. Das ist die eine Schnittstelle. Die andere Schnittstelle sind diese Studien, die wir alle haben, wo wir theoretisch sehr viel wissen. Wie ist die Schnittstelle zur Praxis? – Das möchte ich gern an dieser Stelle einmal ansprechen, dass es wenig abrechenbar, nachvollziehbar ist. Man hat in einer Studie eine Schnittstelle erkannt, und was ist in der Praxis passiert? Wie hat das gewirkt? Sollten wir das weitermachen?

Das Dritte sind die Ressourcen, zum einen die personellen Ressourcen, sowohl im ärztlichen Bereich, wo ich ein großes Problem für die Zukunft sehe. Ich möchte auch einmal über die niedergelassenen und angestellten Ärztinnen und Ärzte – – Gerade in der stationären Versorgung im Kinder- und Jugendbereich wird es im Hinblick auf Krankenhausplanung demnächst auch ein großes Problem sein, was Wirtschaftlichkeit – was immer dahinter steht – auch für die Kliniken bedeutet, aber eben auch Ressourcen, was die Rahmenbedingungen für die Maßnahmen angeht, die in den letzten Jahren begonnen wurden.

Ich denke an das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“, wo man nicht sagen kann, wir haben in den ersten fünf Jahren viel Geld hineingesteckt und etwas aufgebaut. Das ist ein Prozess, der immer wieder angeschoben werden muss. Es kommen immer wieder neue Kinder, neue Erzieher, neue Lehrer in das System, die man wieder hereinholen muss.

Der vierte Problempunkt sind die neuen Leistungen oder die veränderte Morbidität, zum einen eben die Ansprüche, die durch Inklusion auf den gesamten Bereich zukommen, zum anderen eben die beschriebenen veränderten Diagnosen, die wiederum neue Anforderungen an die Tätigkeit der verschiedenen Beteiligten stellen. In diesem Spannungsfeld befindet sich mich gerade und versuche, konkrete Fragen daraus abzuleiten.

Wenn wir von begrenzten Ressourcen sprechen und gehört haben, dass gerade die kinder- und jugendärztliche Versorgung im ländlichen Raum Probleme darstellt, und auch gehört haben, dass 15 bis 20 % der Kinder schlechtere Gesundheitschancen haben, ist es sinnvoll, wirklich genau hinzuschauen, wo diese Kinder mit diesen schlechteren Chancen leben und wie wir gezielt Maßnahmen, die wir für diese Kinder haben, unterstützen, befördern können, die diese Kinder dann auch treffen.

Meine Frage ist, ob Sie als Sachverständige glauben, dass wir dafür ausreichende Datengrundlagen haben. Besteht an dieser Stelle ein Umsetzungsproblem, oder welche Vorschläge haben Sie, wie man die begrenzten Ressourcen zukünftig tatsächlich so einsetzen kann, dass sie diesen Kindern zugutekommen?

Bei dem Thema Nachwuchs Kinderärzte sind einige Stichworte gefallen; dann kam Frau Carl mit dem Hinweis, dass nicht einmal in Dresden eine Stelle nachbesetzt werden konnte. Dazu wünsche ich mir Ideen oder Maßnahmen, Beispiele oder Best Practice, damit wir in diesem Bereich gezielt Maßnahmen einsetzen können.

Zu diesem Punkt habe ich noch eine konkrete Frage. Herr Mertens hat die neuen Vorsorgeuntersuchungen beschrieben, die Sie durchführen wollen. Das ist ja für die immer weniger werdenden Ärzte eigentlich eine zusätzliche Belastung. Sie leiten neue Maßnahmen ab, um auf die neuen Bedingungen einzugehen, und auf der anderen Seite wissen Sie: Es trifft auf eigentlich schlechtere Ressourcen. Wie lösen wir das Problem? Das ist ein ganz großes Fragezeichen, denn das kommt zu den schlechten Rahmenbedingungen noch hinzu.

Soweit ein erster Aufschlag; vielen Dank.

Vors. Heike Werner: Ich habe nicht heraushören können, an wen die Fragen gestellt wurden.

Dagmar Neukirch, SPD: Zur Datengrundlage und der Fokussierung auf die Kinder mit schlechteren Gesundheitschancen würde ich gern alle befragen; denn das ist ein Bereich, zu dem sicher jeder mit seinem Hintergrund eine andere Auffassung oder Ideen hat. Zum Personellen bzw. ärztlichen Nachwuchssorgen bitte Frau Carl, Herrn Hofmann und Herrn Mertens.

Vors. Heike Werner: Gut. Wir beginnen mit dem ersten Aspekt: benachteiligte Kinder. Wer möchte antworten? – Frau Carl, bitte.

Ingrid Carl: Ich könnte jetzt konkret ein Beispiel von Dresden bringen. Wir machen sowohl Landesberichterstattung als auch kleinräumig und haben in den letzten Jahren in den Stadtgebieten Gorbitz, Prohlis, Altstadt fast doppelt so hohe Sprachauffälligkeiten in den Kita-Untersuchungen festgestellt.

Der Stadt Dresden ist es wirklich zu verdanken, dass wir es geschafft haben, mehr Erzieher, mehr Fachpersonal, mehr Logopäden in die Kindereinrichtungen, gezielt in diesen Bereich, hineinzubringen – bis hin zu den ersten Versuchen, auch Einrichtungen mit kleineren Gruppen zu gestalten, was für diese Kinder besonders wichtig ist.

In diesem Zusammenhang muss man zu den Daten sagen: Wir haben es mit dem Dresden-Durchschnitt und mit dem Landesdurchschnitt verglichen. Die negativen Zahlen von Gorbitz und von der Altstadt decken sich eigentlich mit dem Landesdurchschnitt.

Man muss dazu wissen, dass die Landkreise, die weniger Kita-Untersuchungen machen, weil sie aus personellen Gründen nicht alle schaffen, natürlich die Kinder in den Problemgebieten untersuchen. Dadurch steigt der Anteil der Probleme wieder automatisch in der Statistik.

Ich denke, wir haben die Statistkmöglichkeiten, und wir sind an diesen Punkten dran. Wir können nur Vorschläge machen – die Handlungen, was dann in den Feldern passiert, ist natürlich wieder eine Politik- und eine kommunale Frage.

Vors. Heike Werner: Die Vorschläge interessierten ja Frau Neukirch auch. – Wer möchte fortfahren? – Herr Koesling, bitte.

Stephan Koesling: Das ist ja eine alte Diskussion über die Frage der Sozialdaten. Wenn man es miteinander verbinden könnte, würde uns das schon erheblich weiterbringen.

Aber ich glaube, wir kommen auf einem plausiblen Weg weiter, was jetzt so angedeutet ist. Wenn man sich die Sozialplanung auch in den Kommunen anschaut, dann kann man in diesem Bereich schon sehr gut Quartiere identifizieren, wo man intervenieren sollte. Insofern wäre der gangbare Weg, wie wir es gerade von Gorbitz und solchen Dingen gehört haben, es auf die Stadtteile zu übertragen, die gerade in der Sozialplanung und in der Städteplanung auffällig werden. Das ist plausibler, das kann man sicherlich für den städtischen Bereich machen.

Im ländlichen Bereich wird es eher schwieriger und deswegen braucht man eine belastbarere Datenlage, die diese Frage von Gesundheits- und Sozialdaten nach sich zieht. Das ist der eine Punkt.

Das andere, was mir noch einmal wichtig ist: wirklich darauf zu schauen, die Ressourcen zu bündeln und längsschnittlich heranzugehen, um Kinder und Eltern über einen gewissen Zeitraum auch nachfragen zu können; damit wir mehr Wissen haben. Mit Querschnitten kommen wir nicht weiter; darüber haben wir schon ewige Jahre diskutiert.

In diesem Zusammenhang ärgert es mich, dass wir jetzt wieder eine neue Präventionsausschreibung haben, bei der wieder Präventionsverbünde ausgestattet werden, anstatt solche Fragen, die sehr wichtig sind, darauf zu rekrutieren und zu sagen: Wir brauchen hier eine verlässliche Datengrundlage und Interventionsplanung. Jetzt haben wir wieder eine Forschungsausschreibung, die im Wesentlichen nur Forschung bedient und die Praxis als Erfüllungsgehilfen sieht. Das bringt uns nicht weiter.

Der letzte Punkt ist das, was ich vorhin sagte, noch einmal nach den Krankenkassen zu schauen. Die haben auch sehr viele Daten. Dann haben wir aber das Problem der Harmonisierung und der Schnittstellen. Ich glaube, Politik wäre hier gut beraten, einmal genauer hinzuschauen, a) was die Daten der Krankenkassen betrifft und b) diese verlässliche Einbindung des SGB V. Ich finde das ein wenig – ich will nicht sagen – skandalös, aber ich finde, dass wir daran vorbeigehen, jetzt auch wieder mit den neuen Entwürfen. Ich finde, da verschenken wir uns etwas.

Vors. Heike Werner: Danke. Frau Dr. Ulrich, bitte.

Dr. Gisela Ulrich: Herr Koesling hat schon einiges deutlich gesagt. Ich denke, wir könnten ein Stück weiterkommen, wenn wir versuchen, das, was an Daten sowohl aus dem kommunalen Bereich oder was in der offiziellen Statistik erfasst wird, systematisch zu verfolgen, systematisch auch aufzubereiten und mit bundesweiten Studien in Verbindung zu stellen. Ich habe versucht, einiges in dieser Richtung anzudeuten. Wir sollten auch schauen, welche Erkenntnisse sich ableiten könnten, ob dieser und jener Hinweis, der in diesen Studien oder Jugendberichten, die auch auf Studien basieren, enthalten ist, für Sachsen nützlich und sinnvoll wäre, sodass man zunächst einmal ausgehend von dem, was man hat, schaut, wo es Lücken gibt, wo wir zu wenig wissen, und das systematisch aufbereitet, zusammenstellt und in der politischen Diskussion entsprechende Schlussfolgerungen daraus zieht, die dann nicht auf dem Stand der Schlussfolgerungen stehenbleiben dürfen, sondern in Handlungsansätze münden müssen. Das Ganze nützt alles wenig, wenn es nicht in eine vernünftige Planung mündet, die allerdings dann auch die erforderlichen Finanzen mit berücksichtigt.

Danke.

Vors. Heike Werner: Frau Langhans, bitte.

Iris Langhans: Für die Zahnärzteschaft möchte ich noch anmerken, dass es sehr wohl frühkindliche zahnärztliche Untersuchungen gibt. Nur setzen die leider zu spät an. Dann kommen die Kinder schon mit diesem Bild, das ich am Anfang des Vortrages gezeigt habe. Da ist definitiv alles zu spät. Mit solchen Zähnen können Sie zum Logopäden gehen, wie Sie wollen. Dann können Sie auch nicht mehr sprechen lernen. In dieser Zeit ist erst einmal ein Zeitfenster zu.

Was wir uns wünschen, ist, dass diese frühkindlichen – auch zahnärztlichen – Untersuchungen viel früher einsetzen und nicht erst im 30. Lebensmonat, also mit zweieinhalb Jahren. Da sind diese Risikokinder nicht mehr zu retten. Unser Wunsch wäre, dass die Profession, die das gelernt hat, diese Untersuchungen auch durchführen sollte. Natürlich gibt es vorher im Leben des Kindes schon Möglichkeiten auch zur zahnärztlichen Untersuchung. Das machen die Kinderärzte. Das ist in dem gelben U-Heft enthalten. Das blaue kinderzahnärztliche Vorsorgeheft – das haben wir für jeden mitgebracht – hat nicht diesen politisch offiziell legitimierten Charakter. Das ist unser großes Problem. Man müsste beide Hefte verbinden oder eine Seite dafür in einem Heft schaffen, nicht dass die Mütter immer mit zwei Heften – – Die sind vollgestopft mit irgendwelchen Zetteln. Dahinter ist kein System. Irgendwie muss das alles gestrafft werden, am besten ein officielles Schreiben und am liebsten noch bundeseinheitlich. Das wäre unser Wunsch.

(Dr. Klaus Hofmann: Das erleben Sie nicht!)

Vors. Heike Werner: Danke schön. Herr Mertens, bitte.

Stefan Mertens: Ich fühle mich jetzt natürlich als Kinderarzt angesprochen; denn wir sind die ersten, die die Kinder sehen und sie zum Beispiel auch zum Zahnarzt schicken. Das Problem ist aber – – Ein anderes Beispiel ist die U7a, als die eingeführt wurde. Wir Kinderärzte wollen zum Beispiel den Sehtest, der dort etabliert ist, nicht machen. Wir wollten, dass die Augenärzte eine Vorsorgeuntersuchung zum Sehscreening machen. Das wäre viel gescheiter. Es ist abgelehnt oder gesagt worden, wir Kinderärzte sollen das machen. Nun mache ich natürlich den Sehtest. Aber ich habe einen sehr großen Anteil an Kindern, die Auffälligkeiten haben. Also schicke ich sie zum Augenarzt. Jetzt frage ich mich, ob das nun wirtschaftlicher ist, wenn erst einmal ich etwas mache, und dann werden sie weitergeschickt. Ich denke, das wäre genau das Problem, was hier gerade angesprochen wurde.

Der Berufsverband hat ein super Vorsorgeheft oder neue Vorsorgeprogramme entwickelt. Eigentlich wäre der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) gefragt gewesen. Es stand schon lange an, dass das gemacht werden soll. Das geht schon seit Jahren, dass es heißt, das Vorsorgesystem muss überarbeitet werden. Aber es ist nichts passiert. Der Berufsverband hat jetzt mit viel Kampf die Initiative ergriffen. Der Kampf wird noch lange weitergehen, bis für alle das neue Vorsorgesystem möglich ist. Aber solange der GBA dort nicht sagt, so wird es gemacht, wird sich nichts ändern.

Vors. Heike Werner: Frau Carl, Sie möchten noch ergänzen?

Ingrid Carl: Ja. Ergänzend ist mir eingefallen: Sozialdaten erfassen ist für uns ein ganz großes Problem. Uns sind vom Datenschutz ganz enge Grenzen gesetzt. Was in vielen anderen Bundesländern überhaupt keine Rolle spielt, nach dem Beruf der Eltern zu fragen, ist bei uns verboten. Wir haben mit Mühe durchsetzen können, dass wir bei der Einschulungsuntersuchung wenigstens nach dem Geburtsgewicht fragen dürfen. Das wäre sehr wichtig.

In das Heftchen hätte ich auch gern eine Seite für unsere Untersuchungen. Vielleicht müssen wir uns einfach ein Sachsenheft einfalten lassen? – Wir haben auch einen sächsischen Impfkalender und veränderte Bedingungen als in den anderen Bundesländern. Das wäre doch eine gute Variante.

Vors. Heike Werner: Herr Mertens noch einmal, bitte.

Stefan Mertens: In diesem Bericht vom Ministerium ging es auch um das Thema Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen. Hier sind zwar wunderschöne Zahlen aufgeführt worden, aber mir nützt es nicht, wenn dort steht, 30 000 Teilnahmen sind gewesen. Ich brauche einen Bezugspunkt, um zu sagen, das ist gut oder schlecht.

Zu den Geburten: Dieses Meldesystem, an dem wir jetzt teilnehmen, ist erst einmal grundlegend nicht schlecht. Nun habe ich in der Praxis aber nur die, die da waren. Die melden wir. Das ist alles schön und gut. Nun habe ich zwei Fälle in der Praxis: Ein Fall, da ist die Mutter zur U3 da gewesen, war dann nie wieder bei mir. Ich weiß nicht, was mit dem Kind ist. Es kann auch sein, dass sie zu einem anderen Kinderarzt gewechselt haben. Jetzt, nach zwei Jahren, kommen sie wieder und wollen gern noch einmal ein neues Impfbuch. Das war der Grund. Das Kind war doch immer zum Impfen da. Das Kind ist aber seit der U3, also mit drei, vier Wochen, nie wieder bei mir in der Praxis gewesen. Ich habe also weder geimpft noch eine Vorsorge gemacht.

Na klar haben Sie das doch gemacht! Da ist das Vorsorgeheft gefälscht worden. Die Mutter hat irgendwelche Aufkleber mit meinem Namen gesucht, hat sie eingeklebt und die Unterschrift nachgemacht. Das hat mich dermaßen geschockt. Das war wunderschön ausgefüllt, ganz vorbildlich. Besser konnte man es nicht haben. Sie war nie dagewesen.

Daraufhin habe ich gedacht, jetzt musst du mal schauen, wie so etwas passieren kann, wenn wir ein Meldesystem haben. Ich habe auch keine Meldung gemacht, dass das Kind – – Es hat sehr lange gedauert, den Namen im Computer zu finden. Dann wurde der Name gefunden. Naja, aber machen können wir doch sowieso nichts, bekam ich als Antwort. Wir haben keine Möglichkeit, dorthin zu gehen. Wir haben kein Recht. Es wird also nichts unternommen, wenn die nicht zu den Untersuchungen gegangen sind.

Ein weiterer Fall ist eine Migrationsfamilie. Drei Kinder sind regelmäßig bei mir in der Praxis gewesen. Das vierte Kind kommt nicht. Jetzt war die Mutter mit einem anderen Kind da. Ich fragte sie, was mit dem Baby ist. Naja, das ist nicht versichert. Ich war aber letzte Woche bei der AOK. Das geht jetzt klar. Wir kommen jetzt. Daraufhin haben wir bei der AOK angerufen. Die AOK weiß von nichts. Das Kind ist bei den Vorsorgeuntersuchungen auch noch nicht gemeldet worden. Es passiert da nichts.

Das ist der springende Punkt. Bei denen, die wir eigentlich herauspicken wollen, passiert nichts, wenn sie nicht zu den Untersuchungen gehen. Deshalb ist das Ganze

für mich fragwürdig. Die anderen, die da waren, sind die, die sich gut entwickeln. Da ist auch alles okay. Mit diesem Meldesystem muss etwas passieren.

Vors. Heike Werner: Herr Koesling möchte noch ergänzen, dann kommen wir zum zweiten Komplex.

Stephan Koesling: Ja, ich habe vorhin eine Ergänzung vergessen, nämlich in der Frage des systematischen Überblicks halte ich den Ausbau Früher Hilfen genau für den richtigen Moment, ganz früh in der Familie zu sein und zu schauen, welcher Bedarf da ist. Wenn ich ein sehr enges Vertrauensverhältnis aufbaue, was Familienhebammen können, und dann auch schaue, was der konkrete Bedarf ist, laufe ich nicht mit meiner Interventionsplanung hinterher, um das noch einmal deutlich zu machen. Wir sollten uns verabschieden von diesem Paket-denken-Problem und das Paket danach zu stricken, sondern sagen, wenn ich früh genug da bin, stellen sich diese Fragen nicht. Bei allen Langzeitstudien wissen wir, dass wir die höchsten Effekte haben, wenn wir von null bis drei das meiste Geld investieren. Dann haben wir hinten weniger zu reparieren. Das sollte man immer wieder wiederholen. Das ist der Punkt.

Vors. Heike Werner: Danke. Ich schlage vor, wir kommen zum zweiten Fragenkomplex. Es ging um die Kinderärzte, Maßnahmen, wie man vielleicht mehr Kinderärzte gewinnen kann. Die Fragen richteten sich an Frau Carl, Herrn Dr. Hofmann und Herrn Mertens.

Dr. Klaus Hofmann: Es ist so ein wenig der Punkt – das haben Sie auch in meinem Vortrag gemerkt –: Wir ruhen uns darauf aus, wenn uns die KV Sachsen nach der Bedarfsplanung „Überversorgung“ hineinschreibt – das lese ich seit 20 Jahren. Ich habe ganz bewusst die Beispiele gebracht, denn das hat nichts mit einer flächendeckenden kinderärztlichen Versorgung zu tun. Das ist ein rechnerischer Begriff, der bundesweit nach gleichen Richtlinien ermittelt wird, und eine ganze Reihe von Faktoren geht da gar nicht ein. Überhaupt nicht erfasst werden 20 % der ambulant tätigen Kinder- und Jugendärzte, weil dafür die KV nicht zuständig ist. Das sind der Kinder- und Jugendärztliche Dienst und die Sozialpädiatrischen Zentren. Das wird deutschlandweit so gehandhabt.

Wenn man in dem Bericht „Überversorgung“ liest, wird es ganz schnell abgetan; und auf der anderen Seite hat es mit der realen Situation nicht viel zu tun.

Unser Problem ist: Ob da Über- oder Unterversorgung steht, spielt im Moment gar keine Rolle. Wir haben nicht die Kinder- und Jugendärzte, die fertig werden; junge Leute, die sagen, gut, ich gehe in die allgemeine pädiatrische ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Das ist ein mehrschichtiges Problem – ich habe Ihnen die vier Faktoren aufgeführt. Das ist eine Situation, für die es kein Patentrezept gibt.

Wir müssen aber auf alle Fälle schon versuchen, dass wir während des Studiums etwas modifizieren. Da passiert nicht viel, was die Kinder- und Jugendmedizin betrifft. Sie brauchen kein Staatsexamen über Kinder- und Jugendmedizin abzulegen – höchstens, wenn sie es als Wahlfach nehmen. Das ist schon länger die Praxis. Wir haben ja früher noch ein Staatsexamen in Pädiatrie abgelegt; aber schon seit vielen Jahren ist es in Deutschland so, dass sie es gar nicht machen müssen.

Was wir schlimm finden, ist, dass der junge, in Ausbildung befindliche Kinder- und Jugendarzt in der fünfjährigen Ausbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin praktisch überhaupt einmal in einer ambulanten pädiatrischen Praxis war. Er kann, aber er muss das überhaupt nicht nachweisen. Das ist eine Sache, die wir nicht für Sachsen regeln können. Sie können sich vorstellen, wie oft wir das schon auf Bundesebene angesprochen bzw. geschrieben haben; der Berufsverband hat dazu einen ganz klaren Standpunkt. Da ist unsere Bitte schon, dass hier der Gesetzgeber handeln muss. Es reicht nicht aus, in die Weiterbildungsordnung hineinzuschreiben: Bis zu zwei Jahre ambulante Tätigkeit wird anerkannt. Das muss finanziert werden. Ich muss ja den Weiterbildungsassistenten, der in die Ambulanz geht, in dieser Zeit auch dafür bezahlen. Das ist deutschlandweit nicht geregelt.

Nach dem, was ich so vom Ärztetag gehört und gelesen habe, kommen wir über Ansätze wieder nicht hinaus. Es steht ja 2014/2015 die Novellierung der Weiterbildungsordnung – auch der sächsischen – an; das haben wir alles schriftlich fixiert und zugearbeitet. Aber das läuft auf Bundesebene. – Hier zu handeln ist meine Bitte.

Der zweite Punkt: Wir müssen das ganz einfach ändern. Ein halbes Jahr muss man während seiner Facharztausbildung eigentlich diese ambulante Tätigkeit gemacht haben. Wenn ich gar nicht weiß, was dort gemacht wird – wie soll ich mich dann entscheiden, wenn ich mit der Facharztausbildung fertig bin?

Wir müssen uns auf einen Punkt einstellen; ich habe das mit den Assistenten ganz bewusst angesprochen. Es sind 85 % Kinderärztinnen, also Kolleginnen, was jetzt an Kinder- und Jugendärzten kommt. Das hatten wir alles schon, das ist nicht neu; das ist auch kein Problem. Aber sie haben andere Vorstellungen. Sie wollen Familie, Kinder und Beruf unter einen Hut bringen; das betrifft auch andere Professionen. Dafür tun wir zu wenig in Deutschland; das muss ich deutlich sagen.

Dann kann ich auch nicht sagen, ich habe eine Stelle – meinewegen in Wilkau-Haßlau, mit 1 700 Patienten –; denn dafür brauche ich jetzt vielleicht drei Kinderärztinnen, um das abzusichern. Hier komme ich mit diesen mathematischen Formeln – Überversorgung/Unterversorgung – keinen Schritt weiter. Wir müssen den jungen Kolleginnen und Kollegen, die ins Berufsleben einsteigen, Bedingungen bieten, unter denen sie dann wirklich gut arbeiten können. Sonst wird es sehr schwierig.

Wenn ich an die Zahl 171 Einzelpraxen denke, habe ich heute schon Bauchschmerzen. Wer soll diese Einzelpraxen – da sind viele ältere Kollegen – später einmal bei uns übernehmen?

Deshalb ist das ein ernstes Problem, über das wir uns als Berufsverband Gedanken machen; bei dem aber auch alle anderen gefragt sind – auch die Politik.

Vors. Heike Werner: Danke. – Frau Carl, möchten Sie noch ergänzen? – Bitte.

Ingrid Carl: Es gibt ein sehr schönes Modell in Meißen, wo das Gesundheitsamt und die Kinderklinik gemeinsam Ausbildungszeiten zur Verfügung stellen. Jeder Arzt, der den Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen macht, geht in die Kinderklinik, um dort zu arbeiten, und dafür kommt ein Klinikarzt ins Gesundheitsamt.

Das wäre aus meiner Sicht ein gutes Modell. Das ist in Dresden unvorstellbar.

Dr. Klaus Hofmann: Das ist auch mit den Klinikchefs, also die leitenden Chefärzte -- Ich war auch schon dort. Das ist ein Monopol für die Kinderkliniken, was die Ausbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland betrifft. Die sagen, ich kann die nicht für einige Zeit, ein halbes oder ein Jahr wegschicken. Da bricht die Klinik zusammen. Oder wer bezahlt mir das? Das Problem ist die Finanzierung. Hier ist der Gesetzgeber gefragt. Hier würden wir uns vom Sächsischen Staatsministerium mehr Unterstützung wünschen. Sie machen es sich zu einfach! Sie berufen sich auf die KV-Sachsen-Bedarfsplanung – Überversorgung. Damit ist das Problem nicht geregelt.

Vors. Heike Werner: Danke. Wir kommen zu den weiteren Fragen. Herr Krauß, bitte, von der CDU-Fraktion.

Alexander Krauß, CDU: Vielen Dank erst einmal für die spannenden Ausführungen. Ich habe zuerst eine Frage an Frau Carl. In der Vergangenheit hatte ich zwei Gespräche, eines mit einer wissenschaftlichen Seite, das andere mit einem Landkreis, wo es um die Sprachstandserhebungen im vierten Lebensjahr in den Kindergärten ging und wo in Zweifel gestellt wurde, dass die miteinander vergleichbar sind. Mir geht es darum, dass die Personen, die die durchführen, unterschiedliche Maßstäbe anlegen. Sie hatten gesagt, das ist relativ vergleichbar. Können Sie noch einige Argumente nennen, wieso sie vergleichbar sind? Oder wo sagen Sie, vielleicht ist es auch sehr subjektiv in dem einen oder anderen Punkt, sodass sie nicht miteinander vergleichbar wären? Das würde mich interessieren.

Die zweite Frage geht an Herrn Mertens. Herr Dr. Hofmann, Herr Mertens, Frau Carl hatten über neue Morbidität gesprochen. Können Sie mir einmal zwei, drei Beispiele bringen? – Ich habe es noch nicht verstanden, obwohl Sie es sicherlich gut erklärt haben. Was muss ich mir darunter vorstellen? Was ist das? Was sind das für Einzelfälle? Welcher konkrete Fall wäre das?

Die dritte Frage geht an Herrn Koesling. Herr Mertens hatte auch das Thema Motorik angesprochen. Das ist etwas, was uns auch an der einen oder anderen Stelle bewegt hat, dass sich Kinder viel zu wenig bewegen, dass wir feststellen können, Kinder werden immer zum Fußballtraining gefahren. Früher sind sie gelauft. Es gibt eine Zahl, wie viele Spiele man vor 40 Jahren auf der Straße kannte. Wie viele kennen die Kinder heute? Wie viele Kinder klettern auf den Baum? Wie viele nicht?

Mich würde einmal interessieren, was man da noch tun könnte, dass man bei der Motorik ein wenig vorankommt, dass wir wieder dorthin kommen, dass sich ein Kind draußen bewegt und nicht drei Stunden am Tag vor dem Fernseher sitzt.

Vors. Heike Werner: Danke schön. Frau Carl, bitte.

Ingrid Carl: Wir verwenden bei der Untersuchung der Vierjährigen den in Deutschland wirklich modernsten Sprachtest. Wir haben auch alle Kollegen mehrfach geschult, mit dem Test umzugehen. Wir hatten auch die Person, die den Test entwickelt hat, in der Weiterbildung bei uns. Das ist das Erste.

Das Zweite ist: Ein absoluter Ausschluss von subjektiven Dingen ist dort, wo ein Mensch etwas durchführt, nicht möglich. Das ist völlig klar. Der Test ist aber so, dass

man nach Punkten sagen kann: Wenn dieser Bereich des Sprachtestes von dem Kind nicht geschafft wurde, das Nachsprechen von Pseudowörtern zum Beispiel, dann ist in dem Bereich eine Auffälligkeit vorhanden.

Im Kindergarten ist das natürlich auch davon abhängig, wie die Kinder auf die Untersuchung eingestellt sind, welche Kompetenz der Untersucher mitbringt, um die Kinder auch dazu zu bringen, ein Wort wie „kalifeng“ exakt nachzusprechen. Ich hoffe, dass der Arzt auch immer alles richtig hört. Auch hier könnten Dinge eine Rolle spielen. Wir arbeiten immer wieder daran. Wir führen regionale Weiterbildungen durch, diese subjektiven Dinge soweit es geht auszuschließen.

Bei der Schulaufnahmeuntersuchung zum Beispiel erfassen wir Konzentrationsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten zwar statistisch, aber es ist Bauch. Mit dem Test, den wir zurzeit machen, ist das nicht festzulegen. Deshalb wünschen wir uns auch diesen neueren Test, wo man einen Bogen dabei hat, auf dem die Kinder in einer halben Minute abstreichen müssen, wie viele Smileys lachen und wie viele traurig sind. Das ist ein evaluerter Test, der an vielen Kindern durchgeführt wurde. Man kann genau sagen: Hier ist eine Konzentrationsstörung vorhanden. Die muss im Vorschulbereich für das Kind auch noch bearbeitet werden.

Das größere Problem beim Sprachtest ist wirklich die Konsequenz, die dann die Eltern daraus ziehen. Wir haben ein Feld von ungefähr fünf mal drei Zentimetern, wo wir das Ergebnis der Untersuchung für die Eltern eintragen können. Wenn ich mit Abkürzungen arbeite, ist das nicht zu verstehen. Die niedergelassenen Kinderärzte verstehen es, aber das Problem ist, wie die Mutti das Ergebnis auffasst, wie die Erzieherin, die vielleicht dabei war, weil die Mutter nicht da war, das an die Eltern heranbringt. Wie reagieren die Eltern? Gehen die dann auch zu ihrem Kinderarzt? – Es kommt noch dazu, dass es auch Kinderärzte gibt, die sagen, wir warten erst einmal noch ein bisschen. Vor der Schule reicht das auch noch. Wir wissen alle, dass es eben nicht reicht vor der Schule. Wer in beiden Bereichen des Sprachtests auffällig ist, muss unbedingt behandelt werden.

Dr. Klaus Hofmann: Ich habe noch etwas zu ergänzen.

Vors. Heike Werner: Natürlich.

Dr. Klaus Hofmann: Wir haben unter uns, zwischen dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst, Berufsverband, SBZ, Logopäden schon vor einigen Jahren eine eigene Arbeitsgruppe gebildet. Das hat kein anderes Bundesland, eine Arbeitsgruppe „Standardisiertes Sprachscreening im Vorschulalter“, wie Herr Mertens sagte, von der U7 bis zur U9. Das gibt es woanders nicht. Das Problem ist jetzt die Umsetzung in der Fläche. Dazu brauchen Sie letzten Endes auch alle, die mitmachen. Aber das ist schon ein sehr guter Ansatz, finde ich.

Ich sage immer, wir kommen mit der Sprachdiagnostik – bundesweit, das könnte in Bayern genauso sein, die haben noch ganz andere Zahlen – zu spät. Wir haben gesagt, wenn wir die Kinder viermal sehen, muss es möglich sein, in den vier Untersuchungen von der U7 – 21. bis 24. Lebensmonat bis zum vierten Lebensjahr – die Kinder herauszufiltern, die dann entsprechend gefördert werden müssen. Eines ist natürlich auch klar: Wir können alles diagnostizieren, alles richtig machen, wenn die Eltern das nicht umsetzen – das ist eine Situation – – Es wird manchmal zu wenig betont, dass es auch

eine Verpflichtung der Eltern ist. Sie sind für die Entwicklung und die Sprachförderung ihrer Kinder gefragt. Dann muss ich eben abends auch einmal etwas vorlesen oder ein Lied singen oder sonst irgendetwas machen. Aber das wissen wir alle.

Ich würde sagen, die Ansätze sind hier bei uns in Sachsen – – Das macht kein anderes Bundesland. Wir kennen uns seit vielen Jahren alle sehr gut und verstehen uns auch gut, wie Sie sehen, und wir arbeiten am gleichen Ziel.

Vors. Heike Werner: Danke schön. Herr Mertens, Sie könnten jetzt auf die zweite Frage zu den neuen Krankheiten antworten.

Stefan Mertens: Sie kommen mit Ihrem Kind zu mir. Es hat Fieber und Ohrenschmerzen. Ich schaue mir das Kind an und sage, es hat eine Mittelohrentzündung. Das ist die klassische Erkrankung. Oder der Scharlach. Oder die Grippe. Oder was es alles gibt. Neu ist: Sie kommen mit Ihrem Kind und sagen, mein Kind hat seit drei Tagen Bauchschmerzen und fragen: Ist es der Blinddarm? – Ich sage nein, das ist er nicht, und ich finde trotz Untersuchung nichts Organisches, also das sogenannte Psychosomatische.

Psycho heißt, im Kopf gibt es irgendein Problem. Das wirkt sich auf unseren Körper, auf das Somatische aus. Der eine reagiert mit Magenschmerzen. Der Nächste hat Herzrasen. Der dritte hat immer wieder Kopfschmerzen. Das tritt immer zunehmender auf. Das Mobbing in der Schule macht psychische Störungen. Die Kinder wollen nicht mehr in die Schule gehen, weil sie Angst davor haben. Es entstehen Krankheitsbilder, die es zum Beispiel in den siebziger Jahren überhaupt nicht gab. Das sind die neuen Morbiditäten. Das sind ganz neue Krankheitsbilder, die wir nicht kennen.

Das klassische Krankheitsbild verschwindet oder wird immer weniger, weil wir gute Prophylaxe machen. Ich meine, dass es nicht irgendwie verschwindet. Es hat auch seinen Grund.

Alexander Krauß, CDU: Danke.

Dr. Klaus Hofmann: Sie wollten es sicher etwas quantifizieren: Es sind 15 % der Kinder, die solche psychischen Probleme haben – und im Schulalter schon sehr vermehrt. Das sind Kinder, die nicht nur mal auffällig werden, sondern schon vom normalen Verhalten in der Gruppe abweichen, die emotional die Angelegenheiten nicht richtig verarbeiten. Das ist eine Gruppe von 15 %.

Die Essstörungen wurden auch schon angesprochen. Es sind 21 %, die Essstörungen haben – auch psychisch bedingt.

Der soziale Status ist immer ganz entscheidend, der Migrationshintergrund und solche Dinge spielen dabei eine Rolle. Wenn Sie das erfragen und wissen, dann liegt der Prozentsatz noch viel höher. Dies müssen wir viel frühzeitiger erfassen und versuchen gegenzuregulieren. Das sind diese neuen Morbiditäten, und die sind erstmals überhaupt in der KiGGS-Studie in der Menge erfasst worden.

Wir haben – das muss man leider sagen – in Deutschland insgesamt sehr schlechte epidemiologische Angaben – es kam ja auch von Ihnen immer wieder mal die Frage –, weil diese Dinge nicht exakt erfasst oder gemeldet werden müssen.

Vors. Heike Werner: Herr Mertens, bitte.

Stefan Mertens: Zu den neuen Morbiditäten: Auch die chronischen Erkrankungen nehmen in unseren Praxen viel mehr zu. Es muss nicht unbedingt sein, dass sie mehr geworden sind; aber wir haben einfach andere Möglichkeiten zu behandeln. Es nimmt viel Zeit in Anspruch, beispielsweise einem chronischen Asthmatiker alles zu erklären, was er beachten muss. Ich habe viel mehr Behandlungsmöglichkeiten, die früher in den Kliniken waren. Ich konnte früher manches nur im Krankenhaus behandeln, was jetzt ambulant möglich ist; denn wer gibt sein Kind gern ins Krankenhaus? Das nimmt natürlich Zeit in Anspruch und das fällt alles mit in diesen Bereich hinein.

Vors. Heike Werner: Gut, dann haben wir das beantwortet. Herr Koesling, bitte, zum Thema Motorik.

Stephan Koesling: Danke für die Frage; es ist mein Lieblingsthema, aber ich werde mich kurzfassen.

Zum einen haben wir, was man so die „Verinselung der Kindheit“ nennt; das heißt, das Kind wird am Nachmittag von A nach B nach C gefahren, und da sind dann keine Bewegungsräume. Es ist eine Aufgabe für die Stadt- und Regionalplanung zu schauen: Wie kann ich bewegungsfreundliche Räume, wie kann ich Übergänge von einer Institution zur anderen schaffen, damit es Kinder allein bewältigen und Eltern angstfrei begleiten können?

Mit diesem Thema sind wir ganz viel bei gesellschaftlichen Diskursen; darauf kann ich jetzt nicht in der Breite eingehen.

Um noch einmal stärker auf die Lebenswelt Kita zu kommen: Da haben wir den Ansatzpunkt, Qualifizierung der Erzieherinnen. Das ist ein Thema, das für Bewegungsangebote läuft, sie zu sensibilisieren, sie umzusetzen und natürlich Bewegungsräume in der Kita als auch außerhalb zu schaffen. Dafür habe ich ein Beispiel genannt: Der Kindergartenwettbewerb ist so ein Beispiel zu sagen: Kinder müssen Lust auf Bewegung bekommen. Wenn das Gelände so gestaltet ist, dass sie Lust auf Bewegung haben – wenn die Rutsche, die sie schon tausendmal gerutscht sind, nicht das Standardspielgerät Nr. 1 ist –, dann wird das interessant, und dann bewegen sie sich auch.

Ich bekomme ein Grausen – vielleicht können Sie das nachvollziehen –, wenn ich manche Schulhöfe sehe, wenn ich manche Grundschulen sehe, wenn ich auch die 5. und 6. Klasse noch sehe, was dort manchmal für beengte und nicht bewegungsfreundliche Schulhöfe sind – damit habe ich ein Problem. Man kann vielerorts überlegen – das ist einer meiner Ansatzpunkte –, wie man solche Schulhöfe bewegungsfreundlicher gestalten kann. Dort gibt es sehr viele Möglichkeiten; wir haben schon viele Experten aus Deutschland zusammengezogen, und das ist wichtig.

Nun komme ich zurück auf den organisierten Sport. Wir haben gerade die Diskussion „Komm‘ in den Sportverein“ wieder neu aufgelegt vom Landessportbund, wo wir auch schon diskutiert haben. Es ist ein Sportabzeichen vom Landessportbund geplant; und es wäre zu überlegen, nicht Gold/Silber/Bronze zu erteilen, sondern vielleicht nur ein Sportabzeichen für alle herauszugeben – also die Frage bewegungsfreundlich in den Vordergrund zu stellen und nicht immer gleich den Leistungsaspekt. Ich bin nicht gegen

Leistung – beides müssen wir im Blick haben –, und wir müssen auch die Kinder in den Blick nehmen, die eben nicht so stark sind, damit sie trotzdem Freude an Bewegung haben.

Ich habe vergangene Woche mit einer Mutter gesprochen, deren Sohn lange im Fußball gewesen ist und dann nicht mehr dabei war. Er will keinen Sport mehr machen, weil er so frustriert aus der Mannschaft geflogen ist, weil er nicht mitgehalten hat.

Dieser Punkt Leistungsorientierung wäre, wie auch allgemeine Breitensportangebote, noch einmal zu überlegen. Auch im Sportunterricht wäre zu überlegen: Muss ich immer die absolute Leistung honorieren? Wenn jemand genetisch super ist, dann hat er es natürlich leichter, eine Eins zu bekommen. Für ein Kind, das nicht so toll ist, wäre es gut zu sagen: Dein Leistungsfortschritt wird bewertet und nicht deine absolute Leistung. Es gibt einen Schulleiter, der das so macht, der den Leistungsfortschritt bewertet und nicht das Absolute; denn den muss man ja auch sehen.

Es wäre also wichtig, nicht nur Frustration für Bewegungsangebote und Sport zu haben und diese Qualifizierungsaspekte in Kita und Schule stärker in den Blick zu nehmen, sondern beides zu machen: Leistung, ja – da, wo Motivation dahintersteht –, und bei denen, die nicht in diese Richtung gehen, zu sagen: Bewegung ist trotzdem gut für dich und wir schauen, was dir Spaß macht. Dort machen wir weiter, und dann kommen wir dazu, im Ganztagsbereich auch noch mehr einzubauen. Die Schulen sagen, sie sind in die Busabläufe eingebunden und müssen berücksichtigen, wann der Bus wieder fährt; da haben sie nur wenige Möglichkeiten, am Nachmittag etwas zu machen, usw. usf.

Das ist eine lange Liste. Im Kern würde ich sagen: Qualifizierung des Personals in diese beiden Richtungen und Qualifizierung der Außengestaltung, um Lust auf Bewegung zu haben.

Vors. Heike Werner: Frau Dr. Ulrich.

Dr. Gisela Ulrich: Nur eine kurze Ergänzung. Ich hatte vorhin die Elefanten-Kinderstudie erwähnt. Da spielte diese Frage Bewegung auch eine Rolle. Kinder bewegen sich gern, wollen das auch tun, aber eben nicht immer mit dem Leistungsdruck. Ich glaube, insbesondere im Rahmen unserer fast flächendeckenden Ganztagsangebote müsste es mit dem Teufel zugehen, wenn es nicht möglich wäre, wirklich freudbesetzte Sport-Bewegungsprogramme in den Tagesablauf zu integrieren, ohne dass jedes Mal der Leistungsdruck dahinter steht. Das ist, glaube ich, ein wichtiges Problem.

Vors. Heike Werner: Danke schön. Jetzt hat Frau Lauterbach das Wort.

Kerstin Lauterbach, DIE LINKE: Danke. Ich habe eine Frage an Frau Carl und möchte noch einmal auf die Vorschuluntersuchung abstellen. Können Sie mir sagen, wie lange Sie für eine Schuluntersuchung bei einem ganz normal entwickelten Kind brauchen? Wenn das Kind eine Sprachverzögerung hat, wie viel Zeit brauchen Sie mehr? Wenn das Kind eine motorische Störung hat, was ich mir schwer vorstelle, dass man das einfach nicht herausbekommt, wie viel Zeit bräuchten Sie allumfassend wirklich für das Kind, wenn Sie diese neuen Leistungen anbieten würden?

Bei einer Sprachverzögerung wissen wir, es gibt die Logopädie, es gibt die Sprachschulen. Was kann man bei anderen Störungen anbieten? Gibt es flächendeckend

solche Angebote, wenn im ländlichen Raum bei einem Kind solche Störungen festgestellt werden?

Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Hofmann. Sie haben die Entwicklung der Kinderärzte sehr gut dargestellt. Können Sie zu Kinder- und Jugendpsychologen eine Aussage treffen, wie dort die Entwicklung ist und was man tun müsste, um mit der Entwicklung der Kinder Schritt halten zu können?

Vors. Heike Werner: Frau Carl, bitte.

Ingrid Carl: Ich schaffe am Vormittag im Kindergarten im Durchschnitt zehn Kinder. Das hängt immer davon ab, wann ich beginnen darf, weil die Kinder nicht mehr wie zu DDR-Zeiten morgens um sieben in die Einrichtung gebracht werden, nur noch manche. Das heißt, ich muss dann schon immer vororganisieren. Es ist auch eine Managementfrage. Wie gehe ich mit der Kindergartenleiterin an die ganze Sache heran? Wie arbeiten unsere Assistenten schon im Vorfeld? – Ich bitte dann immer darum, ich möchte gern wenigstens um acht beginnen. Sie sollen in Ruhe noch ihr Frühstück haben. Eventuell die ganz Flotten bitte erst in der Mittagszeit, wenn sich die anderen schon für die Mittagsruhe vorbereiten. Man kann eigentlich nur von acht bis elf arbeiten. Vier in der Stunde – da möchten Sie ganz schön flott sein.

Es gibt Kinder, bei denen es deutlich länger dauert. Die wirklich auffälligen kann man natürlich auch eher abbrechen. Dort muss man Möglichkeiten anbieten und sagen: Rufen Sie mich noch mal an. Ich schaue mir das in der Sprechstunde mit Ihnen noch einmal in Ruhe an. Ich kann das nicht komplett fertigmachen, wenn das Kind nur zwei, drei Wörter spricht. Dann ist der Sprachtest ganz kurz.

Der Motoriktest besteht in der Kita-Untersuchung im Ein-Bein-Stand, Ein-Bein-Hüpfen und beidbeiniges Springen. Das kontrollieren wir. Das ist natürlich nicht umfassend, aber es ist auch eine Motivationsfrage. Es ist immer sehr schön, wenn die Erzieher dabei sind. Die sagen dann: Na, mach das nur mal, wir haben das doch gestern erst im Sport gemacht – oder vorige Woche. Ich möchte zwar nicht, dass die üben, aber mir ist es lieber, sie üben das, was im Test dran kommt als gar nichts.

Das geht relativ schnell. Aber es gibt Kinder, die gerade in der Motorik das nicht zeigen wollen oder gehemmt sind. Es ist immer Untersuchergeschick, wer das Kind noch motiviert. Manchmal muss man den Eltern auch aufschreiben: Achten Sie darauf, ob Ihr Kind Laufrad fährt, Fahrrad fährt, vielleicht schon in einem Sportverein ist. Er konnte heute nicht zeigen, was er an Motorik kann. Aber wir haben den Vorteil, dass wir die Erzieher dabei haben. Das ist in Dresden fast flächendeckend. Es gibt bei mir keine Kita, wo nicht die Erzieherin bei der Untersuchung dabei ist. Das ist für mich ein sehr wichtiger Aspekt. Das Untersuchungsergebnis geht auch sofort in die tägliche Arbeit ein.

Zur Sprache noch einmal: Sie hatten nach den Daten ungefähr gefragt. Es sind um die 30 % Durchschnittswerte in Sachsen sprachauffällige Kinder. Da kann man ungefähr dritteln. Zwischen 8 und 10 % der Kinder sind in beiden Bereichen des Sprachtestes auffällig. Das sind auch die Zahlen, die Frau Grimm für ihren Test evaluiert hatte. Die brauchen auch eine dringende Sprachförderung. Die können nur über einen Logopäden, häufig über ein pädagogisches Zentrum, weil in der Hörverarbeitung und der Sprachentwicklung größere Probleme sind. Dort muss also viel geschehen.

Ein reichliches Drittel ist in einem Teil des Testes auffällig. Dort muss man noch einmal schauen. Es ist auch in unserer Absprache vereinbart, dass die Kinderärzte diesen Testteil noch einmal kontrollieren. Ist es mehr die Grammatik? Hat es schon entwicklungsbeeinträchtigende Folgen? Ist es mehr nur die Aussprache, also „grei“ statt „drei“ oder die Zungenspitze, die noch vorn ist. Da muss man eigentlich gar nichts tun.

Ein paar Kinder sind immer noch dabei – das ist dann wieder dieser individuelle Aspekt, da findet der Kinderarzt das Lispeln und die Gesamtaussprache so schlecht, dass er dem trotzdem in der Auffälligkeit noch ein Strichelchen gibt. Die 10 % kann man vernachlässigen. Aber dieses zweite Drittel, die in einem Teil auffällig sind, und die, die leichte Probleme haben, sind die Kinder, die wir über Sprachförderprogramme im Kindergarten erreichen, bei denen man auch etwas erreichen kann.

Die anderen sind wirklich behandlungsbedürftig. Aber Sprachförderprojekte ziehen auch nur dann, wenn die Erzieher gut ausgebildet, gut weitergebildet sind und die Kommunikation mit dem Kind stattfindet und nicht nur in Anweisungen an alle. Wenn man das einmal beobachtet, ist es so, dass es wenig Kommunikation mit dem Kind gibt. Das ist auch das, was noch mehr in die Familie hinein muss. Ich denke, dort haben wir sehr viele Ansätze, wo wir auch die Eltern einbeziehen müssen. Es gibt dieses Heidelberger Elterntraining. Ich würde mir wünschen, dass man auch für die Kitas etwas Ähnliches, wo man ein sprachförderndes Verhalten – Wie schaue ich Bilder an, um die Kinder zum Sprechen anzuregen?

Viele Familien machen das automatisch. Dort läuft das ganz logisch und selbstverständlich. Bei manchen muss man erst den Tipp geben: So musst du es machen, dann spricht dein Kind auch besser.

Vors. Heike Werner: Danke. Dann gab es die Frage nach Angebotsstruktur für diese neuen Krankheiten, nehme ich an. Die war an Herrn Dr. Hofmann und Herrn Mertens gerichtet. Zunächst Herr Dr. Hofmann, bitte.

Dr. Klaus Hofmann: Zu Kinder- und Jugendpsychologen könnte vielleicht Frau Carl etwas sagen, was Schulpsychologen betrifft, was da zur Verfügung steht. Kinder- und Jugendpsychologen für die tägliche Arbeit gibt es nicht viele. Aber Sie bräuchten dann auch Stellen, die bezahlt werden.

Wir haben einen anderen Ansatz. Die psychosomatische Grundversorgung von Kindern spielt zunehmend eine große Rolle. Wir haben in Sachsen seit einigen Jahren für Kinder- und Jugendärzte ein eigenes Curriculum entwickelt – psychosomatische Grundversorgung. Das ist eine Zusatzqualifikation, die sehr wichtig ist, die wir hier in Sachsen anbieten – es gibt auch kein anderes Bundesland, das das macht – in Zusammenarbeit mit dem Sächsischen Weiterbildungskreis für psychosomatische Medizin, Psychoanalyse, Psychotherapie; also mit Psychologen, mit Psychotherapeuten, mit Kinder- und Jugendärzten. Das wird sehr gut angenommen.

Sie haben vollkommen Recht. Wir wollen, dass das in die Weiterbildungsordnung hineinkommt. Während der fünfjährigen Weiterbildungszeit muss ich diese Kenntnisse eigentlich erwerben. Das sind 80-Stunden-Kurse. Herr Mertens hat ihn selbst mitgemacht. Das ist natürlich eine Belastung. Das ist vorgegeben. Das ist schon eine standardisierte Qualifizierung, die man nachweisen muss. Wir würden uns vorstellen,

dass man das schon während der Weiterbildung zum Facharzt, zum Kinderarzt macht. Ob wir es in Sachsen durchsetzen können, müssen wir sehen – versuchen werden wir es –; das entscheiden wir nicht allein; aber es wäre wichtig. – Zu den Schulpsychologen und diesen Fragen könnte vielleicht Frau Carl etwas sagen.

Vors. Heike Werner: Frau Carl, bitte.

Ingrid Carl: Ja, schlecht sieht es aus, kann man dazu nur sagen. Es ist so deutlich reduziert worden, dass die Schulpsychologen mit Einzelfallbetreuung überfordert sind. Sie können Gruppen betreuen oder in den Schulen als Berater fungieren, wie die Lehrer mit bestimmten Verhaltensproblemen umgehen sollen.

Wir machen jetzt für alle Kinder- und Jugendärzte im Herbst eine Weiterbildung zu dem Thema Verhaltensprobleme, die auch zu den neuen Morbiditäten dazugehören – ADHS und solche Dinge –; aber die Psychologen, die in der Schule zur Verfügung stehen und direkt wirksam werden können, sind sehr knapp. Wir haben in Dresden noch diese gemeinsamen Beratungsstellen vom Jugend- und Gesundheitsamt; wir sind also noch recht gut bestückt. Das wird im Landkreis immer schwieriger. Einen Kinderpsychiater zu finden ist für viele wirklich ein Riesenproblem.

(Dr. Klaus Hofmann: Das ist offen; da kann sich ja jeder niederlassen, wie er will!)

Die Klinikpraxen sind natürlich auch total überfordert. Die Anmeldezeiten sind so lang, dass Eltern, die mit Druck kommen und sagen, ich möchte, dass mein Kind jetzt behandelt wird; denn jetzt merke ich, dass es wirklich nicht geht – obwohl es die Erzieherin schon Jahre vorher gesagt hat –; dass die Mutter dann ein halbes Jahr braucht, bis sie einen Termin bekommt. Bis dahin hat sie sich vielleicht anderweitig gekümmert – einen Homöopathen gefunden, der ihr Kügelchen gegeben hat –, und dann ist es doch eine Zeit lang gegangen. Dort ist noch ein hoher Nachholbedarf.

Vors. Heike Werner: Danke schön. – Frau Dr. Ulrich, bitte.

Dr. Gisela Ulrich: Nur noch eine kleine Ergänzung zu dem, was Frau Carl sagte: Ich denke, dass es gerade, da die Anzahl der Kinder mit diesen sogenannten komplexen Problemlagen immer mehr ansteigt, sehr problematisch ist, wenn es nicht möglich ist – was eben nochmals bekräftigt wurde –, innerhalb kurzer Zeit – damit meine ich wenige Wochen – einen Termin zu bekommen. Es funktioniert eben nicht, selbst in dringenden Fällen, bei einem ambulanten Kinder- und Jugendpsychiater; Sie kommen selbst in den klinischen Bereich nicht hinein.

Das bedeutet in der Praxis, dass es Kinder gibt, die weder zu Hause noch in der Schule noch irgendwo in Freizeitbereichen, Tagesgruppen usw. entsprechend zu führen sind – zumindest heben alle die Hände; ich will nicht ausschließen, dass hier und da das pädagogische Vermögen vielleicht nicht ganz so ausgeprägt ist, wie es sein sollte im Umgang mit diesen Kindern –, und dass hier die Eltern und vor allen Dingen auch diese Kinder über viele Monate alleingelassen werden und sich die Situation in den Einrichtungen – sie sind ja schulpflichtig – weiter zuspitzt, und zwar so, dass kaum einer noch zurechtkommt; aber es hilft niemand.

Das ist in meinen Augen ein hohes Maß an Kindeswohlgefährdung, mit dem man sich nicht abfinden kann. Es kann nicht sein, dass alle die Schultern zucken und sagen, wir haben keinen Termin, wir sind überlastet; es geht nichts mehr. Das ist wirklich ein großes Problem, das zunimmt.

Vors. Heike Werner: Es gibt dazu eine Nachfrage; bitte, Frau Lauterbach.

Kerstin Lauterbach, DIE LINKE: Eine Nachfrage habe ich noch zu den motorischen Störungen. Das ist sicherlich nicht erkennbar durch „Bein hoch, Bein runter und geradeaus laufen“. Können solche Störungen im Ernstfall in ADHS-Kinder enden und die Probleme noch größer werden, wenn sie nicht vorher erkannt werden?

Vors. Heike Werner: Frau Carl, bitte.

Ingrid Carl: Das ist ein riesiger Komplex. – Die wenigsten ADHS-Kinder haben wirklich motorisch im Vorschulalter Störungen. Sie sind häufig koordinativ nicht ganz so gut, aber sie bewegen sich ja, sie zappeln herum; das wären dann höchstens die Träumer.

Ansonsten haben wir gezielt Tests ausgewählt. Es gibt ja Entwicklungsgrenzsteine, und es ist eben so, dass ein vierjähriges Kind eigentlich in der Lage sein müsste, vier Sekunden auf einem Bein – und zwar auf jedem Bein – zu stehen. Nun können Sie einmal nachzählen – vier Sekunden sind unheimlich lange; man hat ganz schön zu tun –, aber die meisten schaffen es ja. Wir haben ungefähr 10 % motorisch richtig auffällige Kinder.

Selbst wenn sie auf einem Bein nicht stehen können, kann ich einem Jungen sagen: Stell dir mal vor, du hast einen Fußball – häufig sind wir sogar im Sportraum im Kindergarten zur Untersuchung; dann werfen wir noch einen Ball hin –, und dann kann er den Ball sehr wohl wegkicken und schafft es meist auch: Aha, okay, das war das, was sie will; wie ich auf einem Bein stehe, damit ich mit dem anderen Bein den Ball weg-schießen kann.

Der Test ist für die Altersgruppe genormt. Aber bei der Schulaufnahmeuntersuchung haben wir nur ein seitliches Hin- und Her hüpfen, in einer bestimmten Zeit zehn Sprünge. Da muss der Körper total koordiniert werden. Wir haben selbst gesagt, damit kann man es eigentlich nicht festmachen. Die Kinder, die das nicht schaffen, sind auch die Kinder, die noch nicht zum Schwimmen gehen, die beim Fahrradfahren noch unsicher sind. Es sind wenige dabei, wo die Eltern sagen, das macht mein Kind aber alles. Wir gehen viel raus. Wir fahren mit dem Rad. Trotzdem konnte er nicht springen. Das sind ganz wenige. Die Tests sind schon so, dass man sagen kann, das ist prägnant.

Vors. Heike Werner: Herr Mertens, bitte.

Stefan Mertens: Vorsicht mit der Beurteilung, dass der Test nichts bringt! Das wollte ich jetzt noch ergänzen. Was wir bei Vorsorge machen – ob Gesundheitsamt oder wir mit unseren Vorsorgen: Wir screenen. Die Aufgabe ist, herauszufinden, ob auffällige Kinder darunter sind. Alles, was in Ordnung ist, kann ich erst einmal beiseitelegen. Das ist gut. Ich muss zeiteffektiv arbeiten. Wir haben Unmengen am Tag. Ich kann eine Vorsorge nicht eine oder zwei Stunden machen. Das geht nicht. Wenn eine Auffälligkeit

vorhanden ist, kann ich noch lange keine Schlussfolgerung auf eine Diagnose daraus ziehen. Das ist gefährlich. Das würde ich in dem Alter sowieso nie.

Ihre Frage ADHS: Ich bei einem drei- oder vierjährigen Kind nie sagen, das wird einmal ein ADHS oder nicht. Ich weiß, wenn etwas nicht in Ordnung ist, kann es schlimmere Folgen haben. Deshalb muss ich dem nachgehen. Entweder ich bin selbst in der Praxis in der Lage, das zu machen, und mache dann intensivere Untersuchungen bei einem neuen Termin, nicht im Rahmen der Vorsorge. Oder ich muss das Kind zu einem Spezialisten weiterschicken, zum Beispiel in ein sozialpädiatrisches Zentrum oder so etwas. Dort muss dann weiter geschaut werden. Dann werden wieder standardisierte Tests zur Beurteilung gemacht. Ich kann bei einem solchen Test nicht sagen, das wird einmal ein AHDS oder so etwas. Ganz so einfach ist es nicht.

Vors. Heike Werner: Danke schön. Frau Schütz, bitte.

Kristin Schütz, FDP: Herzlichen Dank für Ihre Ausführungen vonseiten der FDP-Fraktion und nicht nur den Dank an Sie, sondern bei allen Defiziten, die wir jetzt ange-sprochen haben, denke ich, das ist auch ein großes Lob an die Eltern in Sachsen. Denn wenn wir die Zahlen sehen: Es hat sich in der Zahngesundheit vieles getan. Es hat sich auch bei den übergewichtigen Kindern, denke ich, sehr viel getan, nicht dass junge Leute dann dieses Protokoll lesen und bei der Problematik der Familiengründung schon vor einem ganz großen Berg stehen. Ich möchte das hier deutlich sagen. Das haben, glaube ich, auch die Zahlen gezeigt.

An die Kinderärzte gerichtet: Es tut auch Eltern immer sehr gut, in einer solchen Untersuchung zu hören, was sehr gut klappt oder was gut gelaufen ist.

Für mich ergeben sich im Augenblick zwei Fragen. Ich möchte noch einmal auf die Zahngesundheit eingehen. Im SächsKitaG heißt es im § 7, dass das Gesundheitsamt oder von ihm Beauftragte bei Kindern, die aufgrund des Gesetzes betreut werden, jährliche zahnärztliche Reihenuntersuchungen durchgeführt werden. Sie hatten gesagt, hier gibt es gelegentlich Schwierigkeiten. Vielleicht könnten Sie das noch einmal ausführen bzw. wie die Zusammenarbeit auch mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst ist und wie Kinder in Tagespflege einbezogen werden. Wir können es uns nicht leisten, irgendein Kind auf der Strecke zu lassen.

Die andere Thematik ist die Elternmotivation. Das kam an verschiedenen Stellen sehr stark heraus. Wo ist es neben den Familienhebammen – jetzt ist mir aber auch das Programm „Familienpaten“ bekannt –, dass wir an diese Thematik noch einmal herangehen können. Vielleicht kann Frau Dr. Ulrich dazu etwas sagen.

An Herrn Koesling gerichtet: Die Situation, das Zähneputzen, ist – soweit ich weiß – im Bildungsplan unter dem somatischen Bereich, zumindest was gesundes Aufwachsen, gesunde Ernährung betrifft mit verankert. Vielleicht können Sie auf Vor- und Nachbereitungszeiten im Kita-Bereich oder Vorbereitung und Umgang mit diesem Thema eingehen.

Frau Jonas hätte dann noch eine zusätzliche Nachfrage.

Vors. Heike Werner: Zunächst Frau Bittner, bitte.

Birte Bittner: Ich möchte gern zu diesen Vorsorgeuntersuchungen antworten. Es ist so, dass der 21 die Krankenkassen verpflichtet, die Mundgesundheitsförderung in den Ländern umzusetzen. In Sachsen hat man sich für dieses zweiteilige Modell entschieden, einmal den öffentlichen Gesundheitsdienst, der in Sachsen ausschließlich die Vorsorgeuntersuchung durchführt. Das Modell dieser Beauftragung ist für diese Vorsorgeuntersuchung nicht mehr vorgesehen, sondern das wird ausschließlich von Jugendzahnärzten im Freistaat durchgeführt. Dort sieht es das Gesetz vor, das bis zur 7. Klasse jährlich zu organisieren und über die 7. Klasse hinaus in Einrichtungen, wenn ein erhöhtes Kariesrisiko vorliegt.

Die Zweiteilung sieht so aus, dass über die LAGZ, wie Frau Langhans vorhin vorgestellt hat, wir mit niedergelassenen Zahnärzten und dem öffentlichen Gesundheitsdienst noch einmal in die Einrichtungen gehen und ausschließlich Prophylaxe durchführen. Das noch einmal zur Unterscheidung.

Die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst klappt sehr gut. Wir bekommen die Zahlen und können dann Bedarfe ermitteln, wo wir verstärkt unsere Programme ausweiten müssen. Uns sind aber auch die Hände gebunden hinsichtlich der Sozialdatenerhebung. Wir können nur einrichtungsbezogen unsere Maßnahmen planen, weil wir nicht wissen, ob es eine Lehrmittelfreiheit in der Schule gibt oder wie die Berufe der Eltern aussehen. Das wissen wir nur aus bundesweiten Studien, dass es dort Problematiken gibt. Das wäre zu den Vorsorgeuntersuchungen.

Elternarbeit ist auch ein Thema, das uns seit 20 Jahren große Bauchschmerzen bereitet. Wir haben 3 500 Einrichtungen unter Vertrag und haben jährlich zurzeit 150 Elterninformationsveranstaltungen in diesen Einrichtungen. Das ist quasi nichts. Das Gesetz sah bis dato immer vor, dass wir ab dem dritten Lebensjahr in die Einrichtungen gehen. Das ist – wie Frau Langhans vorhin eindrücklich dargelegt hat – für unsere Maßnahmen zu spät. Wir müssen viel, viel eher beginnen. Wir haben uns mit anderen Professionen zusammengesetzt und sind sehr gut aufgestellt mit den sächsischen Kliniken und den Hebammen, die uns unterstützen, um eher an die Eltern heranzukommen. Dort sieht die Aufklärung dann so aus, dass wir über diesen Vorsorgepass – – Wir wollen jetzt mit einem neuen Projekt Gruppenprophylaxe für unter Dreijährige „Meine erste Bürste“ starten, sodass in dem Bereich das Thema Zahngesundheit von Anfang an verankert wird.

Bei den Tagespflegekräften ist es so: Wir schulen über die Jugendzahnärzte in den Landkreisen und Städten die Tagespflegekräfte. Zum Thema Zahngesundheit haben wir ein freiwilliges Modul, das über die Jugendämter den Tagespflegekräften angeboten wird. In dem Rahmen gibt es ein Modul Zahngesundheit. Aber das läuft alles auf freiwilliger Basis.

Ich hoffe, dass ich nichts vergessen habe.

Vors. Heike Werner: Frau Carl, möchten Sie das noch ergänzen? – Bitte.

Ingrid Carl: Nicht zur Zahngesundheit, sondern zur Erreichbarkeit aller Kinder: Wir haben ein großes Problem, dass für die Statistik bei der Kita-Untersuchung nicht die Zahl der Kinder, die in Sachsen leben und die Kitas besuchen, das Soll ist, sondern die Zahl der Kinder, deren Eltern der Untersuchung zustimmen. Das ist die Sollzahl. Wir wissen, dass wir ungefähr 15 % nicht erreichen. Das ist trotzdem eine gute Resonanz

bei den Eltern. Aber ob in den 15 % nicht gerade die Kinder sind, die wir eigentlich erreichen wollen, liegt wieder an der Kita. Wie arbeiten die mit den Eltern? Wie stellen die uns die Kinder vor?

Es bringt auch ein Problem mit sich, was für die Statistik ungünstig ist. Wir haben jetzt bei Einschulungsergebnissen Vergleiche gemacht. Wie waren die Kinder vor zwei Jahren im Kindergarten? – Da sind die 15 % wieder mit drin. Da war die Sprachauffälligkeit nicht wirklich verändert. Andererseits spricht es auch dafür, wie gut unser Sprachtest ist.

Vors. Heike Werner: Danke. Es gab noch die Frage zur Elternmotivation an Frau Dr. Ulrich.

Dr. Gisela Ulrich: Dafür gibt es sicherlich kein Patentrezept. Wir haben allerdings alle miteinander schon noch Bedarfe im Bereich von Eltern- bzw. Familienbildung zu decken. Hier sehe ich noch eine Menge Reserven.

Es ist sicherlich immer auch die Frage, wie zum Beispiel Erzieherinnen in Einrichtungen oder auch Lehrer an Schulen auf Eltern zugehen, mit ihnen ins Gespräch kommen und bestimmte Dinge vermitteln – dass das nicht passieren kann nach dem Motto: Ich bin hier die Expertin, und du bist ein Elternteil, das keine Ahnung hat, und jetzt musst du gut zuhören und hast das und das zu machen. Das ist der beste Weg, dass dann gar nichts passiert; das wissen wir alle sehr gut.

Deswegen haben wir gerade im Kita-Bereich angefangen – das läuft seit zwei Jahren sehr erfolgreich –, dieses Projekt „Kinder in guten Händen“ zu verwirklichen. Hierbei geht es darum, Erziehern in Kindertageseinrichtungen Handwerkszeug im Umgang mit Eltern zu geben; also dieses Wertschätzende, dieses Akzeptierende, und eine Kommunikationsfähigkeit praktisch zu bewirken, die dahin führt, dass Eltern bestimmte Dinge annehmen.

Das machen wir weiter mit ziemlichem Zulauf. Im Moment sind wir dabei, ein Anschlussprogramm zu machen, was sich auf die Ausbildung von Multiplikatoren bezieht. Das können wir mit den wenigen Kollegen innerhalb unseres Verbandes gar nicht machen, sondern das muss weitergetragen werden.

Ein fundamentales Anliegen ist uns auch, dass wir das in die Schulen hineinbringen. Zurzeit läuft es nur in den Kindertageseinrichtungen. Es gibt entsprechendes Interesse vom Kultusministerium. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wissen wir allerdings noch nicht, ob auch die Finanzierung sichergestellt werden kann; denn das kann man nicht alles so irgendwie nebenbei mit ein paar Ehrenamtlichen machen; das kostet auch ein bisschen was.

Zum anderen denke ich, dass die Problematik Familienhebammen oder Familienpaten sicherlich gute Ansätze sind. Hier ist alles willkommen, was hilft, was überhaupt ein Stück weiterhilft. Wenn wir 10 bis 15 % der Kinder nicht erreichen, dann sind das 10 bis 15 % zu viel; denn man kann sich sehr genau ausrechnen, was in den Folgejahren passiert – Frau Carl hat es vorhin deutlich gesagt –: Sie werden in dieser und jener Form, wenn ihnen nicht geholfen wird – insbesondere dann, wenn sich das weiter zuspitzt –, zu wirklich komplexen Problemlagen. Sie werden die Sozialsysteme weiter belasten und im Leben, salopp gesagt, keinen Fuß richtig auf den Boden bekommen.

Unseren Verband treibt das seit Langem sehr um – gerade vor dem Hintergrund der demografischen Situation. Wir werden es nicht schaffen, alle Fachkräfte, die wir brauchen, irgendwo aus dem Ausland zu rekrutieren; sondern wir müssen schauen, dass alle bei uns diese Ausbildung – auch mit einer guten Gesundheit und der entsprechenden sozialen Kompetenz – durchlaufen.

Von daher ist in diesem Zusammenhang ein wichtiger Punkt: Was ist mit dem Schulerfolg? Man könnte das fortsetzen. Wenn weiterhin 10 % jedes Jahr die Schule ohne Abschluss verlassen, glaube ich, dass wir hier ein ganzes Konglomerat haben. Es mag etwas daher geholt erscheinen, wenn ich das in diesem Zusammenhang noch einmal anbringe; aber auch beim Gesundheitsverhalten gibt es hier entsprechende Bezüge.

Wir müssen den eingeschlagenen Weg, so frühzeitig, so gründlich und so viel versprechend wie möglich zu agieren, fortsetzen; und es darf sich nicht allein auf die Frühen Hilfen beziehen.

Vors. Heike Werner: Herr Koesling, bitte; danach Frau Bittner.

Stephan Koesling: Was für uns noch eine wichtige Erfahrung ist: Diese Standard-Elternabende zu Gesundheitsthemen laufen sehr unterschiedlich und sind manchmal einfach nicht der richtige Zugang; weil man die Eltern, die man damit erreichen müsste, nicht erreicht. Das wissen wir alle.

Was aus unserer Erfahrung gut funktioniert, ist im Bereich des Kindergartenwettbewerbs: Wenn ich bei den praktischen Tätigkeiten Eltern in die Gestaltung des Gartens einbinde und dort ihre Kompetenzen mit hineinnehme, habe ich einen Zugang, der sich erweitern lässt – über diese informellen Wege.

Wir haben auch gute Erfahrungen mit den Kitas, die sich ein Stück weit als Familienzentrum/Familienbildungsstätte begreifen. Es gibt ja einige gut laufende Beispiele – von Leipzig und anderen weiß ich das –, die diesen Übergang von Kita- und Elternbildung sehr gut gestalten. Das ist sehr dezentral, nicht flächendeckend; aber es ist zumindest eine Idee, die andere Bundesländer zum Teil noch weiter ausbauen. Das wäre ein gangbarer Weg.

Was uns noch etwas Sorge macht, ist das, was Sie angesprochen haben: im Kindertagespflegebereich noch mehr an standardisierten Dingen hinzubekommen. Bei der Gesundheit/Ernährung sind wir jetzt dran, für diesen Bereich mehr zu bündeln und zu standardisieren, weil er noch sehr, sehr fluktuativ im Aufbau ist und es bisher noch viele kleine dezentrale Lösungen gibt. – Danke.

Vors. Heike Werner: Frau Bittner, bitte.

Birte Bittner: Ich wollte noch zu der Frage von Frau Schütz zum Zähneputzen in der Kita ergänzen. Es ist richtig, dass im Bildungsplan die somatische Bildung verankert ist. Dort steht Hygiene wie Hände waschen und Zähne putzen. Aber allein im letzten Jahr habe ich von 68 Kindertageseinrichtungen die Rückmeldung bekommen, dass für sie das Zähneputzen nicht mehr händelbar ist, dass das eingestellt wird. Das betraf im letzten Jahr 8 000 Kinder, die nicht mehr in den Genuss des Zähneputzens in der Einrichtung gekommen sind, teilweise mit der Begründung, die Frau Langhans vorhin schon sagte,

die Hygiene, wo sich die Katze irgendwie in den Schwanz beißt. Wir haben keine Zeit. Das wird auch zu Hause gemacht. Das ist Sache der Eltern. Aber genau die Kinder, die wir erreichen wollen, bekommen zu Hause nicht diese tägliche Zahnpflege, wo wir in der Kindertageseinrichtung einen Impuls setzen könnten.

Von daher wäre unser Wunsch – der Mensch lernt immer nur über Verbote, Gebote, Regeln oder über eine Motivation –, dass man im Kindergarten verpflichtend regeln könnte, dass es ein Standard ist, das Zähneputzen in den Einrichtungen zu etablieren. Ich verstehe die Sorgen der Erzieher. Aber da muss man dann schauen, entweder mehr Personal einzustellen, dass die Verhältnisse in den Einrichtungen so geschaffen werden, dass Standards, wo man sich die Frage stellt, ob es das überhaupt gibt, wieder normal werden. Das sind keine validen Zahlen. Ich denke, die Dunkelziffer liegt in Sachsen viel, viel höher.

Vors. Heike Werner: Auf der Frageliste stehen jetzt noch Frau Giegengack, Frau Franke, Frau Jonas und Frau Schüßler. – Frau Giegengack, bitte.

Annekathrin Giegengack, GRÜNE: Vielen Dank für die Ausführungen. Ich würde, bevor ich meine Fragen stelle, noch kurz eine Anmerkung machen. Herr Dr. Hofmann, Sie haben gesagt, die kinderärztliche Situation in den drei großen Städten stellt sich noch gut dar. Ich komme aus Chemnitz. Ich kann das für Chemnitz leider nicht mehr so bestätigen, was die niedergelassenen Kinderärzte angeht. Ich denke, da gibt es auch Praxen mit so vielen Scheinen, die abgerechnet werden und wo man sehr froh ist, dass man mit seinem Kind noch aufgenommen wird.

Die zweite Sache: Auch wenn diese Untersuchungen in den Schulen durchgeführt werden und Chemnitz auf niedergelassene HNO-Ärzte zurückgreift, um diese Schuluntersuchung durchzuführen, habe ich Bedenken. Ich nehme an, das ist aus der Not heraus. Man möchte das irgendwie leisten. Chemnitz ist ganz klar am Limit angekommen. Wenn, dann denke ich, ist noch eine einigermaßen gute Situation in Dresden und in Leipzig. Aber in Chemnitz ist es schon schwierig.

Ich habe noch eine Frage zu der Sprache, eine Frage zu den Impfungen und eine Frage zu den Einschulungen selbst. Es ist unbestritten, wir haben ein standardisiertes Verfahren, ein Sprachscreening, das bundesweit anerkannt ist und auch gut bewertet wird. Wir hatten hier am Samstag von unserer Fraktion den Krippengipfel. Wir hatten Sprachexperten da, die sehr positiv hervorgehoben haben, dass Sachsen, was das Screening angeht, wirklich auf dem neuesten Stand ist, allerdings – das wurde hier angesprochen – danach der Anschluss fehlt. Mir ist aufgefallen, die Sprachauffälligkeiten sind von den Prozentzahlen her bei den vierjährigen Kindern und bei den Einschulungsuntersuchungen in etwa ähnlich. Da fragt man sich: Was in diesen zwei Jahren passiert?

Jetzt ist die Frage: Halten Sie es für sinnvoll, wie andere Bundesländer additive Sprachfördermaßnahmen in den Kitas durchzuführen vor dem Hintergrund, dass wir genau die Kinder, diese 10, 15 % Kinder, auf die es ankommt, quasi unter Umständen verlieren, weil die Eltern nicht losgehen. Das haben wir in vielen verschiedenen Gesundheitsbereichen schon angesprochen, dass die einen Schein mitbekommen – was Sie vorhin sagten –, sich aber nicht kümmern, weil – was weiß ich – die Fähigkeiten der Eltern nicht da sind. Wäre das eine Möglichkeit, der Ausbreitung von Sprachauffälligkeiten entgegenzuwirken? – Die erste Frage geht an die Kinderärzte, die hier sind.

Der zweite Punkt ist die Impfmüdigkeit. Wir haben bei uns einen relativ hohen Impfstatus. Allerdings hatte zum Beispiel Chemnitz Keuchhustenfälle. Da ist das Gesundheitsamt in Größenordnungen ausgerückt und hat geschaut. Sie haben mich einmal dazu gerufen. Da sind sie in die Waldorfschule gegangen. Dort ging es darum, ob die Eltern zulassen, dass ihre Kinder getestet werden. Das war schwierig. Es gibt manchmal militante Impfgegner. Wir profitieren quasi von dem hohen Impfstatus. Wie schätzen Sie das ein? Ist auch bei uns in Sachsen eine Impfmüdigkeit zu verzeichnen? Müssen wir gegensteuern? – Wir haben auch Fälle gehört von Masern. Wie schätzen Sie das ein?

Der dritte Punkt: Einschulungsuntersuchung und Rückstellung. Wir haben in Sachsen in den letzten Jahren versucht, Rückstellungen zu vermeiden, dass die Kinder in etwa ein gleiches Alter haben und versuchen, mit der Zusammenfassung von erster und zweiter Klasse als Einführung in die Schule solche Defizite aufzuarbeiten. Was würden Sie als Kinderärzte sagen? Ab wann sprechen Sie sich für eine Rückstellung aus? Wie sehen Sie die Möglichkeiten, wenn Defizite bei Kindern bei den Einschulungsuntersuchungen vorhanden sind, dass wir die während der Schulzeit aufarbeiten können, damit die Kinder, wenn sie schon in die Schule gekommen sind, diese durchlaufen können und nicht noch einmal hängenbleiben, weil sie nicht ausgeprägte Fähigkeiten haben. Wo sagen Sie, hier ist eine Grenze, das Kind muss unbedingt zurückgestellt werden, das können wir nicht machen?

Die Fragen gehen irgendwie alle an die Kinderärzte.

Vors. Heike Werner: Gut. Zunächst Frau Carl, bitte.

Ingrid Carl: Zur Sprache: Ich hatte vorher schon versucht, Gründe darzulegen, weshalb sich das bei der Einschulungsuntersuchung nicht wirklich verbessert hat. Das ist einmal der Teil der Kinder, die wir nicht erreicht haben, die dann eventuell doch wieder eine Rolle spielen bei Sprachauffälligkeiten. Aber es ist auch so: Eine Sprachentwicklungsstörung ist nicht in einem Jahr Behandlung zu beheben. Die ist auch zur Schulaufnahme noch da. Das ist auch klar.

Bei der Schulaufnahme kommt hinzu, dass das Lispeln dann nicht mehr normal ist und als Sprachauffälligkeit gezählt wird, was in der Kita-Untersuchung noch nicht als Auffälligkeit enthalten ist. Wir hatten auch erwartet, dass wir mehr erreichen und zur Schulaufnahme sagen können, es sind weniger Sprachauffällige. Es ist aber über Jahre so, dass wir sagen, es bleibt ziemlich gleich. In Dresden ist es ein kleines bisschen rückläufig. Dresden hat auch sehr viele Logopäden in den Kindereinrichtungen. Wir arbeiten dort sehr intensiv. Die Sprachförderprogramme, die in den Kitas laufen, bringen nur für die Kinder etwas, die leichte Sprachauffälligkeiten haben. Die Kinder mit einem richtigen Sprachentwicklungsrückstand erreicht man damit auch nicht.

Die Sprachförderprogramme tun natürlich allen gut, weil dort Kommunikation stattfindet. Sprache entwickelt sich primär in der Familie. Das ist wirklich der erste Ort, wo sich Sprache entwickelt. Wenn das Kind im ersten Lebensjahr von der Mutter wenig hört, kommt in der Sprachentwicklung eine Lücke zustande. Hier ist wieder der Ansatz: Frühe Hilfen, früh in die Familien hinein. Ich meine, so schön das Heidelberger Programm ist, es ist wirklich so, dass man am Ende sagen kann, die Eltern können dann sprachfördernd mit ihren Kindern umgehen.

Es kostet Geld. Es kostet wahnsinnig viel Zeit. Sie müssen über acht Wochen regelmäßig zu einem speziell ausgebildeten Logopäden gehen. Sie müssen klären, wie ihre Kinder anderweitig untergebracht werden. Sie haben manchmal noch ein zweites und drittes Kind in der Familie. Man erreicht damit nicht die Eltern, die man unbedingt erreichen muss.

Deshalb wäre mein Wunsch, das in die Kitas hineinzubringen. Alle Sprachförderprogramme wirken sich gut aus. Das ist schon schön. Aber ich denke nicht, dass wir damit die Zahl der sprachentwicklungsstörten Kinder reduzieren können. Uns geht es darum, diese rechtzeitig zu erfassen. Eigentlich ist das vierte Lebensjahr schon zu spät. Aber das ist auch eine Sache, wenn ich ein dreijähriges Kind untersuche, das frisch in den Kindergarten gekommen ist, ist die Kooperation natürlich schwierig.

So viel vielleicht dazu.

Zu den Impfungen muss ich sagen: Wir haben immer noch den Herdenschutz in Sachsen. Es ist ein leichtes Absinken bei den Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, also bei den gewohnten Impfungen. Im Kita-Alter erreichen wir aber bei fast allen Impfungen noch über 90 % bis auf die ganz neuen, die in den letzten Jahren dazugekommen sind.

Es lässt aber im Schulalter sofort nach; in den 2. Klassen sind schon deutliche Lücken. Das liegt auch daran, dass keine Kinderärzte da sind. Wenn die Ärzte gut erreichbar sind, dann geht man natürlich auch öfter einmal hin. In den 6. Klassen sind wir mit der Untersuchung sehr zeitig, weil wir zu Schuljahresbeginn – einfach wegen des Ablaufs für die Kita-Untersuchung – untersuchen, und damit haben wir häufig noch nicht die Kinder erreicht, die zur J1 erst etwas später gehen und dort geimpft werden. Wir haben die Auffrischungsimpfung in den 6. Klassen noch nicht wirklich statistisch drin.

Aber insgesamt nehmen kaum richtige Impfgegner zu; die Zahlen sind relativ konstant mit Kindern, die null Impfungen haben, die gar nicht geimpft sind. Das ist relativ konstant. Es nimmt zu, dass Eltern etwas später mit Impfen beginnen – und leider auch Kinderärzte sich dafür aussprechen, zu warten. Das ist für mich immer nicht verständlich, aber es ist leider so. Von einer wirklichen Impfmüdigkeit kann man im Moment in Sachsen jedoch noch nicht sprechen.

Dr. Klaus Hofmann: Ich sage nur ein Wort: impfmüdigkeits-unglücklich. Sie lesen dann im Videotext, das Sächsische Staatsministerium spricht von einer Impfmüdigkeit. Es hat ja seinen Grund; das ist eigentlich nicht gut formuliert.

Es ist ganz klar, dass unser Ziel eine hohe Durchimpfungsrate sein muss, und wir waren immer gut in Sachsen; da gibt es gar keine Frage. Von der Seite aus gesehen würde ich eher sagen, es gibt sicher keine Berufsgruppe, die auch nur annähernd so viele Fortbildungen macht und so motiviert ist wie die Kinder- und Jugendärzte – unser medizinisches Fachpersonal eingeschlossen. Das ist ganz wichtig.

Man geht einfach zu nachlässig damit um. Es ärgert mich schon, wenn ich lese, Sachsen hat Masern-Impfung bei Kindern. Wenn ich sage, in den Kitas sind Masernfälle – es wird nicht geprüft, bevor die Kinder in die Kita-Einrichtung kommen. Das wollten

wir ins Kinderschutzgesetz geschrieben haben – zusammen mit dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst –; es kam nicht hinein.

Oder wenn ich weiß, es kommt aus einem Asylantenheim, dann muss ich wissen: Dort muss ich aufpassen; denn die von dort kommen, haben alle keinen Impfschutz. Die Brennstellen, wo ich sagen würde, hier kann ich aufpassen, könnten verbessert werden. Das ist meine Meinung dazu.

Wir dürfen es uns nicht leisten, nachlässig mit dem Impfschutz umzugehen. Ich habe noch erlebt, was Komplikationen von Masernerkrankungen bedeuten. Wir sind immer sehr gut gewesen und waren schon jahrelang ohne Masernerkrankungen. Wenn man plötzlich liest, bei Kindern sind bei uns Masern aufgetreten, dann sind auch logistische Fehler passiert. Kita-Kinder, Asylantenheime – das sind Schwerpunkte, die ich nicht aus den Augen lassen darf. – Aber hier ist noch der Experte zu Impfungen.

Vors. Heike Werner: Herr Mertens, bitte.

Stefan Mertens: Sie haben doch alle diesen Bericht bekommen, und da ist auch eine Tabelle mit den Zahlen zu den Impfungen enthalten – ich habe jetzt auch keine anderen Zahlen. Man kann sich solche Impfausweise vorlegen lassen und auswerten, ob sie gut geimpft sind; das ist sicher auch plausibel. Da sieht es eigentlich ganz gut aus mit den Impfungen.

Was auffällig ist, ist die zweite Masern-Impfung oder die zweite Mumps-Masern-Röteln-Impfung; das ist eine kombinierte Impfung, was eigentlich im Allgemeinen gar nicht mehr anders gemacht wird. Dort sind wir unter 90 %. Das kann schon eine Erklärung dafür sein, dass es uns nun auch in Sachsen erwischt hat, dass wir Masernfälle haben. Es zeigt sich immer wieder: Es fängt einmal an, und dann hat man in einer Einrichtung gleich mehrere Masernfälle. Solche Situationen hatten wir ja jetzt auch laufend immer wieder in anderen Bundesländern. Das ist der Beweis dafür, was passiert, wenn nicht geimpft wird.

Keuchhusten war angesprochen worden; das ist auch so ein Problem; wobei ich dort nicht unbedingt von der Impfmüdigkeit – ich finde den Begriff auch nicht sehr glücklich – oder dem Nicht-mehr-impfen-wollen ausgehe. Hier hat sich auch etwas im Fachwissen gewandelt. Keuchhusten galt ja bisher als Kinderkrankheit. Wenn man sie hatte, dann hat man einen lebenslangen Schutz, oder wenn man geimpft ist, ist alles gut. Wir sind aber eines Besseren belehrt worden und wissen inzwischen: Menschen, die einen Keuchhusten hatten, haben eben keinen lebenslangen Schutz, sondern er hält etwa 30 Jahre und dann muss die Impfung wieder aufgefrischt werden. Da sind wir Erwachsenen gefragt, dass wir auch alle gegen Keuchhusten geimpft werden. Die Sächsische Impfkommission hat auch als Erste die Empfehlung herausgegeben: aller zehn Jahre Keuchhusten impfen. Die Sächsische Impfkommission hat als Erste herausgebracht, die Kinder sollen im 6. Lebensjahr mit Keuchhusten aufgefrischt werden.

Das ist inzwischen auch eine bundesweite Empfehlung. Die STIKO hat sich durchgesetzt, dass das gemacht wird. Aber wir haben beispielsweise die Empfehlung herausgegeben – die bundesweit noch nicht so ist –, dass aller zehn Jahre die Keuchhustenimpfung aufgefrischt wird.

Denken Sie selbst alle einmal darüber nach; denn wir Erwachsenen sind Infektionsquellen für unsere Kinder.

Ich hatte erst kürzlich wieder einen Fall. – Zur Erläuterung, damit Sie es verstehen: Nicht die Spritze bringt den Schutz, sondern unser Körper muss erst einmal einen Schutz aufbauen. Bei der einen Impfung brauchen wir mehrere Pikse, bei einer anderen Impfung reicht ein Piksen aus. Das Problem ist: Gerade bei der Keuchhustenimpfung brauche ich vier Impfungen, um eine Grundimmunisierung zu haben. Das hat eben ein Säugling noch nicht. – Der Säugling, den ich erlebt habe, hatte eben zwei Impfungen weg, musste dann wegen einem Keuchhusten ins Krankenhaus eingewiesen werden – Keuchhusten im Säuglingsalter ist lebensgefährlich –, und die Quelle, die herauskam, war die Oma, die selbst einen Keuchhusten hatte – was auch im Nachhinein festgestellt wurde. Das hat keiner untersucht, weil heute keiner mehr auf die Idee kommt, denn wir impfen ja alle.

Das ist nur ein Beispiel, aber so entsteht es auch. Die Erwachsenen sind die Quellen für die Kinder – auch hier muss geimpft werden; auch da muss etwas passieren. Dem ist schwer zu begegnen.

Dass die Impfungsquoten bei den Säuglingen gut sind, erklärt sich daher: Sie kommen ziemlich regelmäßig zu uns in die Praxis; also sprechen wir die Eltern an. Für die meisten Eltern ist es auch selbstverständlich, wenn wir sie darauf aufmerksam machen, dass das Impfen wieder dran ist. Sie wundern sich eher, wenn ich sage, es muss nicht mehr geimpft werden; wir haben alles gemacht. Da merkt man schon, dass das Interesse da ist.

Aber wenn die Kinder älter werden – wenn sie nicht krank werden, kommen sie vielleicht jährlich einmal zur Vorsorgeuntersuchung, und wenn das jemand auch nicht macht, verpassen wir das – und schon haben wir sie nicht mehr zum Impfen. Dadurch erklärt sich auch, warum die Impfungen bei den älteren Kindern oder bei den Schulkindern plötzlich weniger werden.

Vors. Heike Werner: Es war noch die Frage zu den Einschulungsuntersuchungen und den Rückstellungen. – Frau Carl, bitte.

Ingrid Carl: Ich möchte noch kurz etwas zu den Impfungen sagen. Die zweite MMR ist im sächsischen Impfkalender erst im 6. Lebensjahr dran. Deshalb haben wir zur Einschulungsuntersuchung häufig Kinder, die die zweite noch nicht haben. Ich denke, in den 2. Klassen ist eigentlich klar, dass wir die 90 % überschreiten.

Zur Schulaufnahmeuntersuchung. Das Erste: Der Jugendarzt stellt nicht vom Schulbesuch zurück. Die Rückstellung erfolgt über den Schulleiter und nur dieser entscheidet, ob ein Kind zurückgestellt wird oder nicht. So ist es im Schulgesetz verankert und darauf legen wir auch großen Wert. Wir empfehlen natürlich manchmal, doch noch etwas zu warten; aber eigentlich ist die Aufgabe der Schulaufnahmeuntersuchung, festzustellen, in welchen Bereichen, die schulrelevant sind, das Kind noch gefördert werden muss oder in der Schule die Förderung entsprechend braucht.

Außerdem gibt es natürlich immer Kinder, bei denen man einfach sagt: Die brauchen noch Zeit. Die brauchen auch nicht eine Logopädie, um schulfähig zu werden, sondern die brauchen einfach Zeit. Die soziale, die psychosoziale Reife spielt dabei eine viel

größere Rolle. Wenn eine Mutti zur Tür hineinkommt und das Kind am Rockzipfel hängt und sich überhaupt nicht lösen lässt oder nicht vom Schoß der Mutter hinuntergeht, dann ist für mich immer die Frage: Schafft es das in einem halben Jahr dann auch, allein in die Schule zu gehen? Die psychosozialen Dinge spielen wirklich eine viel größere Rolle dabei, und nicht „ich kann bis hundert zählen“. Es ist schön, wenn das Kind das kann; aber wenn er in der Gruppe keine führende Rolle übernehmen kann, wenn er nicht auch mal zeigen kann, was er alles schon kann – oder nicht bereit ist, in solch einer Untersuchungssituation zu zeigen, was er kann –, muss man schon Bedenken äußern. Aber zu sagen, wir haben jetzt eine Untersuchung, da gibt es 35 Punkte, und wer nur 20 erreicht, der kommt nicht in die Schule – so ist es einfach nicht. Es ist eine ganz individuelle Entscheidung und ich glaube, die Empfehlung macht sich auch kein Jugendarzt leicht.

In Dresden ist es so – und sicher auch in den anderen Großstädten –: Die Grundschulen sind restlos voll. Wenn 28 Kinder in einer 1. Klasse sitzen, bin ich als Schulleiter schon sehr schnell dazu geneigt zu sagen: Der hat noch fünf Auffälligkeiten, den nehmen wir lieber erst nächstes Jahr.

Oder im Moment ist die Tendenz: Eltern von Kindern mit Behinderungen wünschen sich natürlich eine inklusive Schulung. Da das in dem Jahr in der Schule noch nicht möglich ist, machen wir erst einmal eine Rückstellung und warten ab – vielleicht ist ja bis nächstes Jahr etwas passiert, wobei man eigentlich weiß: Die schulische Förderung wäre für das Kind eigentlich das Bessere als der Verbleib in der Kita.

So viel zur Schulrückstellung. Wir hatten lange Zeit 4 bis 5 %, aber es steigt wieder etwas an, und wir liegen jetzt bei etwas über 5 %. Ich denke, es ist hauptsächlich in den Großstädten bei uns dieser Anstieg von Kindern und in den Landkreisen auch das Schließen von Schulen. Wenn nicht eine bestimmte Zahl an Kindern erreicht worden ist, kommt das Nächste wieder mit der Bewegung dazu. Dann müssen sie mit dem Bus in den Nachbarort fahren und haben nicht wenigstens den Weg zur Schule als motorische Übung.

Vors. Heike Werner: Danke. – Wenn es keine Ergänzungen gibt, würde ich als Nächstes Frau Schüßler das Wort geben.

Gitta Schüßler, NPD: Das hat sich jetzt leider schon erledigt, Frau Vorsitzende; Frau Giegengack ist mir zuvorgekommen mit der Impffrage. Ich habe jetzt keine weiteren Fragen.

Vors. Heike Werner: Gut, dann kann Frau Franke ihre Frage stellen.

Dr. Edith Franke, DIE LINKE: Ich habe eine Frage an Frau Bittner, und vielleicht kann auch Frau Carl etwas dazu sagen.

Es geht um die sozial Schwachen, um die Bedürftigen in dieser Gesellschaft. Das hat am Anfang schon eine Rolle gespielt. Es ist allgemein bekannt, dass es nicht immer ganz einfach ist, mit Ihnen auch über Gesundheitsfragen in regelmäßigen Kontakt zu kommen. Es hat sich aus meiner Sicht in meiner ehrenamtlichen Tätigkeit bewährt – ich bin die Vorsitzende der Dresdner Tafel –, jedenfalls für uns – und ich wüsste gern Ihre Meinung dazu –, dass wir einmal im Jahr zum „Tag der Zahngesundheit“ unter dem

Motto „Gesund beginnt im Mund“ ein großes Kinderfest machen, wo auf spielerische Weise den Kindern die Zahngesundheit nahegebracht wird.

Dazu habe ich zwei Fragen: Wie schätzen Sie das ein? Der Termin für dieses Jahr steht schon wieder fest – es wird der 21. September sein. Ist das sinnvoll – abgesehen von dem Kinderfest; Kinderfeste sind immer gut, aber ich meine, speziell zu diesem Thema –, bringt das etwas und könnte es vielleicht sogar möglich sein, das auf die eine oder andere Tafel in Sachsen zu übertragen?

Vors. Heike Werner: Danke schön. – Frau Bittner, bitte.

Birte Bittner: Vielen Dank, Frau Franke, für die Frage. – Alles, was man dreimal macht, hat ja schon eine Tradition; ich glaube, wir sind in diesem Jahr zum vierten Mal bei Ihnen.

(Dr. Edith Franke, DIE LINKE: Zum fünften Mal!)

– Zum fünften Mal; gut. Natürlich bringt das etwas – das bringt aus unserer Sicht sehr viel und wir sind auch dankbar, dass wir die Möglichkeit haben, an Ihrem Familienfest teilzunehmen.

Wir haben die Struktur über die regionalen Arbeitskreise und ich habe es in den anderen Arbeitskreisen auch vorgestellt. Ich weiß zum Beispiel, dass in Kamenz auch solche Aktionen gelaufen sind. Ich werde es aber nochmals anregen.

Letztes Jahr war es nicht so passend vom Thema. Der „Tag der Zahngesundheit“ beginnt zwar immer mit dem Motto „Gesund beginnt im Mund“; aber letztes Jahr war die Zielgruppe die Älteren – 65 plus zum Beispiel. Dieses Jahr heißt das Motto „Zähneputzen macht Schule“; von daher ist es wieder ein Thema, das wir sehr dankbar aufgreifen.

Vors. Heike Werner: Frau Carl. – Sie möchten nicht ergänzen; gut. – Dann Frau Jonas, bitte.

Anja Jonas, FDP: Vielen Dank. – Wir haben jetzt sehr viel über Kinder und die vielen, vielen Maßnahmen gesprochen. Ich würde gern den Fokus noch einmal auf die Jugendlichen legen, weil ich glaube, dass wir dort in der Prävention Defizite haben. Das hat aus meiner Sicht oder aus Gesprächen unter anderem mit den Strukturen zu tun. Das heißt, die Frage Kinderärzte, Jugendmedizin – das ist ohnehin eine schwierige Personengruppe, zwischen 16 und 18; die sehen sich gar nicht mehr als Kinder. Die Hausärzte sagen häufig: Nein, unter 18 machen wir gar nichts.

Wie ist dazu Ihre Erfahrung? Gibt es Veränderungen? Denn ich sehe das große Problem, Jugendliche mit 16, 17 Jahren teilweise wirklich in Kinderarztpraxen – das fängt beim Wartezimmer an – zu bringen. Wie sehen Sie das? Denn gerade dort haben wir die großen Probleme, und die bestimmen ja schon selbst ganz aktiv mit, was sie machen oder was sie nicht machen. – Die Frage geht an Herrn Mertens und Herrn Dr. Hofmann.

Vors. Heike Werner: Wer möchte beginnen? – Herr Mertens, bitte.

Stefan Mertens: Das ist schwer; das kann man sicher nicht in Zahlen erfassen, weil es auch eine subjektive Angelegenheit ist.

Ich erlebe es, dass mich Jugendliche fragen, wenn sie 18 sind: Muss ich jetzt wirklich weggehen? Und es gibt zwölfjährige Mädels, die sagen: Ich geh' doch nicht mehr zu einem Mann, und zum Kinderarzt erst recht nicht. Das sind subjektive Punkte; das ist schwierig.

Nun liegt es etwas am Geschick: Wie kann ich das Wartezimmer gestalten, wie kann ich auf die Jugendlichen eingehen? Ich denke, das kann man nicht gesetzlich festlegen. Das Umfeld spielt eine Rolle. Ich kenne genauso auch Allgemeinmediziner, die schon gern mal die Jugendlichen abwerben; das kommt auch vor. Das ist sehr unterschiedlich. Es liegt immer daran, wie die Versorgung in der Region ist.

Vors. Heike Werner: Frau Jonas, bitte, mit einer Nachfrage.

Anja Jonas, FDP: Das heißt, aus Ihrer Sicht – ich kenne andere Argumente – wäre es durchaus möglich, dass ein Hausarzt eine J2 bei 16-/17-jährigen Jungen oder Mädchen macht? Ich kenne die Aussage, es wäre nicht zugelassen, das würde unter Ihren Berufsgruppen nicht funktionieren; da würde es Stress geben.

Stefan Mertens: Das stimmt so nicht. Wir heißen jetzt nicht umsonst Kinder- und Jugendärzte, weil eben unser Fachgebiet von Geburt an bis zum Abschluss der Entwicklung definiert ist. Deswegen sollte es schon so sein, dass die Jugendlichen auch zu uns kommen. Was ich angesprochen habe, war mehr dieses Subjektive.

Es gibt sicher Praxen – das erleben wir dort, wo sie so übervoll sind –, die dankbar sind, wenn die Jugendlichen nicht mehr kommen, weil die Ärzte es einfach nicht mehr schaffen. Ich wiederum freue mich, wenn die Jugendlichen kommen.

Vielleicht ist dieses Subjektive auch schon eine Anziehung oder eine Abstoßung. Wenn jemand sagt, du brauchst gar nicht erst zu kommen, dann kommt er nicht.

Das Problem ist nach wie vor: Der Allgemeinmediziner darf alles. Er darf auch – abrechnungstechnisch – die U3 beim Säugling machen; aber ob das klug ist ...

Ich hatte jetzt in meiner Praxis eine Assistentin zum Hospitieren, die Allgemeinärztin werden will; sie ist 14 Tage zu mir in die Kinderarztpraxis gekommen. Ich musste fünf Jahre eine Ausbildung machen, um dann zur Prüfung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zugelassen zu werden. Ich denke schon, dass die fünf Jahre Ausbildung gerechtfertigt sind. Es bedeutet ja nicht nur, ein Buch auswendig zu lernen, sondern man muss auch unheimlich viele Erfahrungen sammeln. Sie gehören schon zu uns in die Praxen.

Vors. Heike Werner: Herr Dr. Hofmann, bitte.

Dr. Klaus Hofmann: Die Kinder- und Jugendärzte sind eigentlich die einzige Arztgruppe, die eine Altersbegrenzung hat. Wir dürfen ja keinen behandeln, der älter als 18 Jahre ist; das ist so festgelegt. Dann rechnet die KV den Schein nicht mehr ab.

Es ist sicherlich so, wie Stefan Mertens es schon gesagt hat: Es gibt natürlich Jugendliche, die mit 16/17 nicht noch mal in eine Kinderarztsprechstunde gehen wollen; die gehen dann ohnehin nicht zu uns; das ist ganz klar. Aber das konnten sie schon immer. Es gab nie Diskussionen von unserer Berufsgruppe. Wir hätten gar nichts machen können, weil es vom Gesetzgeber so geregelt ist.

Ich möchte aber auf einen ganz anderen Punkt hinaus. Wir haben heute mehr das Problem der Transsektion bei den chronisch Kranken und Problempatienten. Nehmen Sie mal einen Jugendlichen mit Diabetes an. Nehmen Sie mal einen Jugendlichen mit einem Asthma an. Nehmen Sie einen Jugendlichen mit einer rheumatischen Erkrankung an. Die würden sehr viel gern länger bei uns bleiben, und zwar aus folgendem Grund: Da fällt ja dann oft dieser Wechsel weg – in der Erwachsenenmedizin genauso bei diesen Problemgruppen –, oder behinderte Kinder. Wenn Sie dann sagen, mit 18 Jahren ist plötzlich Schluss, dann sind sie vielleicht gerade dabei, das Abitur zu machen, oder sie sind in der Berufsausbildung, haben aber chronische Erkrankungen, wo ein Arzt an der Seite sein sollte, der das Kind/den Patienten und die Probleme kennt.

Ich würde es nicht so starr handhaben. Beide Richtungen sind nicht so sehr gut und die Transsektion ist eben gerade in dieser Übergangsphase bis zum Abitur oder dem Abschluss der Berufsausbildung, wo man eigentlich nicht sagen kann, mit 18 ist definitiv Schluss, da darfst du nicht mehr zu diesem Arzt gehen. Die rufen dann an. Ich habe ja viele Jahre chronisch Kranke behandelt; ich hatte eine Spezialsprechstunde für onkologische Patienten, für hämatologische Erkrankungen und für Bluter, also für Hämophile und Ähnliche. Die sind schweren Herzens gegangen.

Sie dürfen auch eines nicht vergessen: Wenn Sie sagen, ich gehe heute zu einem Allgemeinarzt – der hat vielleicht im Schnitt 2 000 Patienten im Quartal.

Wir haben auch leider nicht zu viele Hausärzte. Es ist nicht so, dass ich sagen kann: Gut, dann gehen Sie zum Hausarzt; da haben wir ja genügend. Die fehlen genauso, die haben dieselben Probleme in der Altersstruktur.

Ich denke, man sollte das etwas flexibler sehen – aber in beide Richtungen – und das vernünftig regeln, im Interesse der Jugendlichen.

Vors. Heike Werner: Damit sind wir durch. Ich kann mir vorstellen, es gibt noch eine ganze Menge Fragen; aber wir müssen leider auch an unser Nachmittagsprogramm denken.

Ich bedanke mich ganz herzlich bei Ihnen im Namen des Ausschusses für das geduldige Beantworten der Fragen. Wir haben eine ganze Menge mitgenommen; was wir auch persönlich in unserem Bekanntenkreis sensibilisieren werden, wenn es um bestimmte Untersuchungen geht.

Ich bedanke mich für Ihr Engagement, wünsche Ihnen einen guten Nachhauseweg. – Wir werden Ihnen das Protokoll zuschicken. Vielleicht können Sie, Frau Carl, uns noch Ihre Präsentation zuschicken, damit wir sie an das Protokoll hängen können; und Sie werden später erfahren, wie wir den Antrag weiter im Ausschuss behandeln.

Dr. Klaus Hofmann: Ich werde dem Ausschuss auch alles, was ich an Zahlen genannt habe, für das Sekretariat zur Verfügung stellen, weil ich mir wünschen würde, dass sich die Politik intensiver mit Details beschäftigt.

Vors. Heike Werner: Es ist angekommen; herzlichen Dank. Nochmals einen guten Nachhauseweg!

(Schluss der Anhörung: 13:09 Uhr)

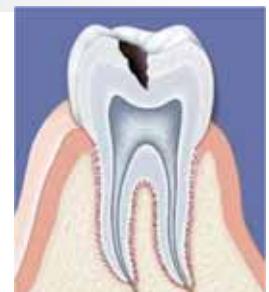


# Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen im Freistaat Sachsen



## Ein Loch im Zahn- was nun?

- Zahnkaries ist die häufigste Zahnerkrankung im Kindesalter



- entsteht durch das Zusammenwirken von kariesauslösenden Mikroorganismen, unzureichender Mundhygiene und Fehlernährung

# Kranke Milchzähne werden jedoch oft nicht behandelt



Im Schuljahr 2011/2012 hatte fast jedes 5. Kindergartenkind einen nicht behandelten erkrankten Milchzahn

01.07.2013

## Warum ist das so?

- Kleinkinder sind schwierig zu behandeln, oft nur in Vollnarkose möglich



- erfordert viel Geduld von Zahnärzten und Eltern



- weit verbreitete Ansicht, dass Milchzähne nicht behandelt werden müssen, da sie sowieso rausfallen



01.07.2013

# Unbehandelte Milchzähne sind eine Gefahr für das Kind



- verursachen Schmerzen
  - stellen einen potentiellen Entzündungsfaktor dar
  - können beim Kauen und Sprechen behindern
  - reduzieren das Allgemeinbefinden
  - stören das Kieferwachstum und Wachstum der bleibenden Zähne
- und somit auch die Lebensqualität der betroffenen Kinder

01.07.2013

## Zahnschäden sind vermeidbar!

- zahngesundes Verhalten muss erlernt werden
- vom ersten Zahn an
- besonders gut geeignet ist das Lernen ab dem Kindergartenalter durch **Prophylaxe** in der **Gruppe**



01.07.2013

# Gesetzliche Grundlagen der Gruppenprophylaxe

- § 21 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch vom 20. Dezember 1988
- Rahmenvereinbarung zur Durchführung der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V vom 02. September 1992
- Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (SächsGDG)
- Schulgesetz für Sachsen (SchulG)
- Sächsisches Gesetz für den Freistaat zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen (SächsKitaG)
- Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde

01.07.2013

## GRUPPENPROPHYLAXE -Wie geschieht das?

- durch theoretische und praktische altersgerechte Impulse der Zahngesundheitserziehung im Setting KITA und SCHULE nach den vier Säulen der Prophylaxe für gesunde Kinderzähne



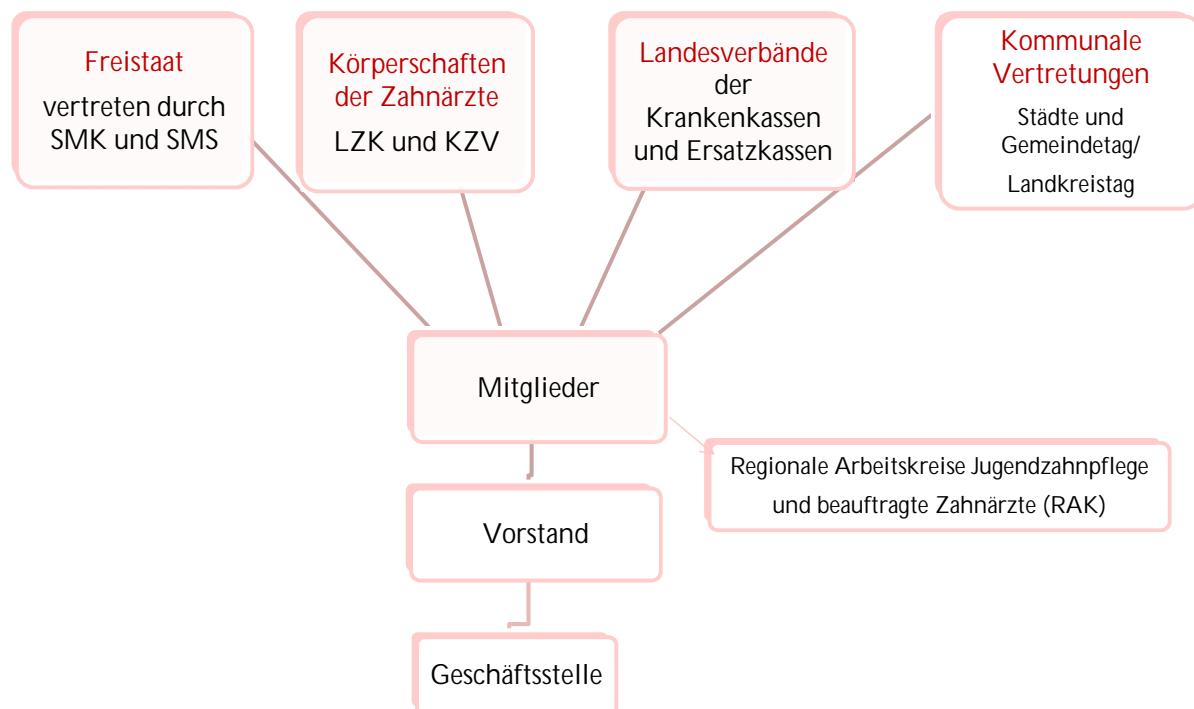
01.07.2013

# Vorzüge der Gruppenprophylaxe

- Kinder sind in der Gruppe leichter anzusprechen und an das Lernen in der Gruppe gewöhnt
- Chancengleichheit für alle
- hohe Breitenwirksamkeit
- Erzieher und Lehrer können einbezogen werden und als Multiplikator wirken
- Ansprache der Eltern möglich, die nur schwer für die Gesundheitserziehung zu gewinnen sind

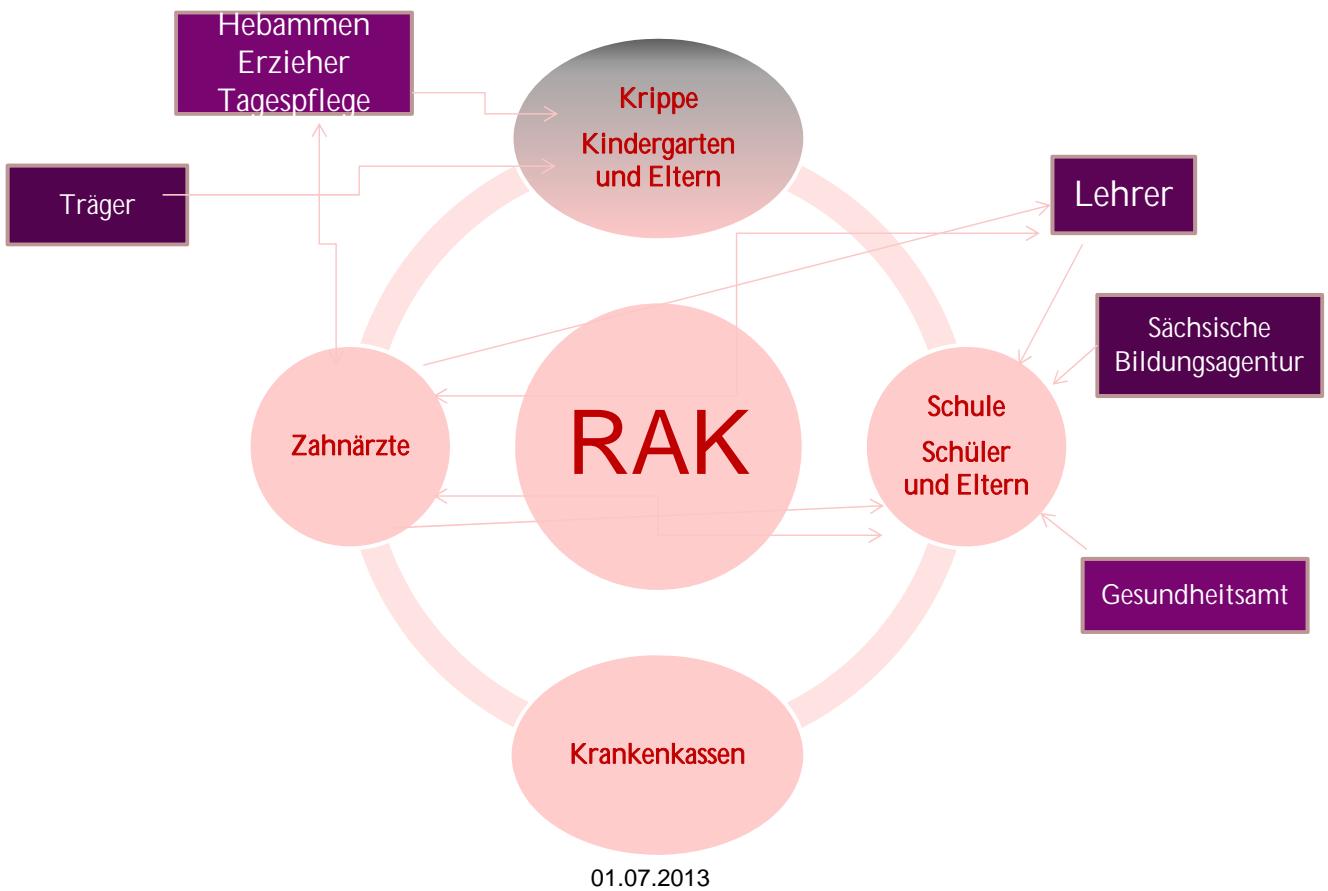
01.07.2013

## LAGZ – L... A... G... - was?



01.07.2013

# Wen brauchen wir?



## Wer macht was?

- 27 Gesundheitsämter mit 33 Jugendzahnärzten und 8 ZÄ der Jugendzahnklinik Dresden führen Vorsorgeuntersuchungen durch
- über 700 Zahnarztpraxen und 39 Jugendzahnärzte führten im Schuljahr 2011/2012 Gruppenprophylaxe durch
  - in 3510 Einrichtungen mit ca. 330.000 Kindern in Sachsen besteht eine Patenschaft zur Gruppenprophylaxe

# Daten zu Taten im Schuljahr 2011/2012

- 2095 Kitas mit 133.000 Kindern = 87 %
- 794 Grundschulen mit 113.000 Kindern = 93 %
- 179 Förderschulen mit 15.000 Schulen = 88 %
- 424 Mittelschulen mit 49.000 Kindern = 89 %

wurden mindestens 1 x in der Gruppenprophylaxe betreut

- 136.000 Kinder erhielten einen 2. Impuls

01.07.2013

## Daten zur Prophylaxe und Vorsorgeuntersuchungen

### Evaluation :

- JZÄD erfassen jährlich die Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen, die vom STALA ausgewertet werden
- LAGZ dokumentiert jährlich die Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe, die Eingang in die bundesweite Dokumentation der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) finden
- alle 5 Jahre Teilnahme der LAGZ an der Epidemiologischen Begleituntersuchung der DAJ (letzte im Jahr 2009)



zur Erfolgskontrolle und Bedarfsermittlung

01.07.2013



# Zentrale Ziele zur Verbesserung der Zahngesundheit

- Gesundheitsziele der WHO bis 2020
- Gesundheitsziele der BZÄK bis 2020
- Gesundheitsziele der LAGZ Sachsen bis 2015

01.07.2013

---

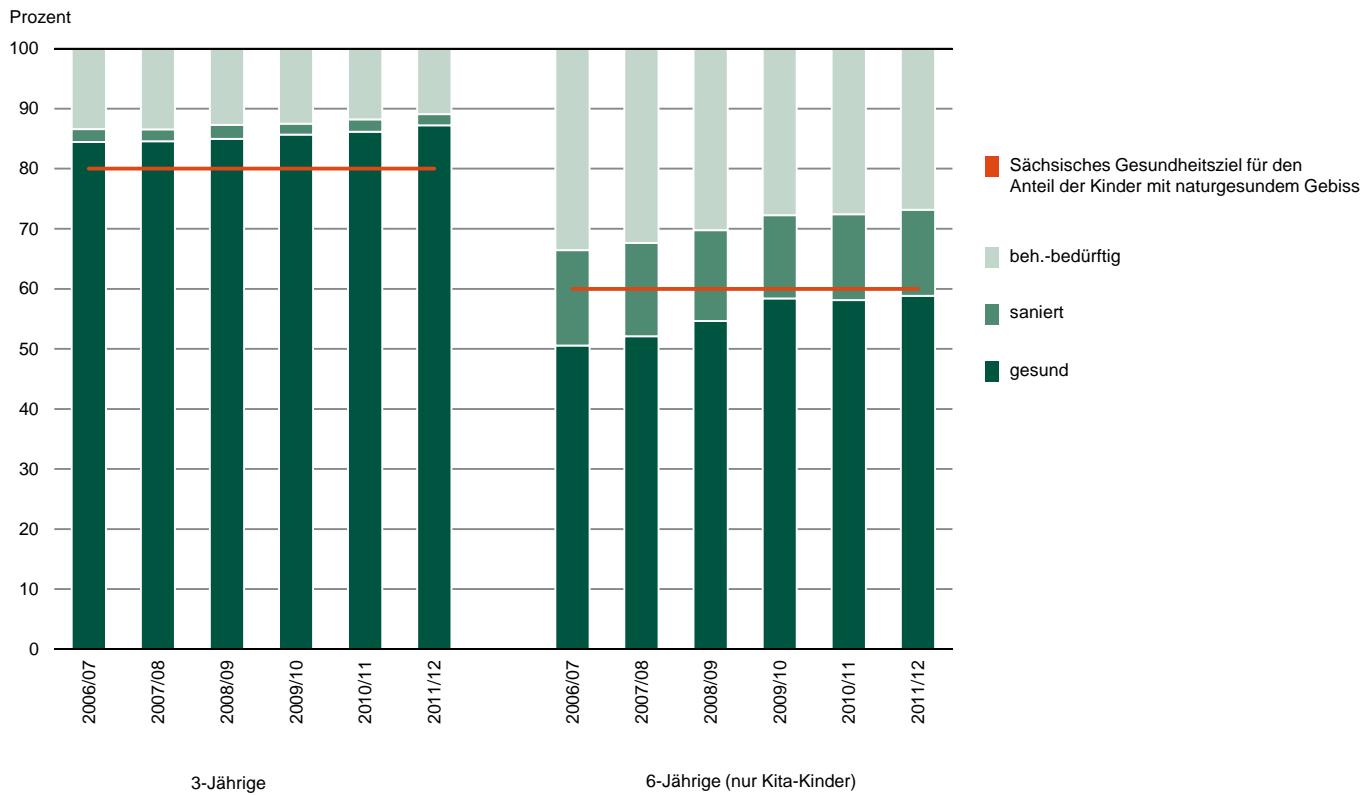


## Wie wird Zahngesundheit gemessen?

- Gesundheit/ Krankheit eines Zahnes wird anhand eines Index gemessen
- dieser Index beschreibt die Summe von kariösen Zähnen einer Person
  - Decayed D kariöser Zahn
  - Missing M fehlend (wegen Karies)
  - Filled F gefüllt oder überkront
  - Teeth T Zähne
- DMF-T beim bleibenden Gebiss
- dmft beim Milchgebiss (20 Zähne)

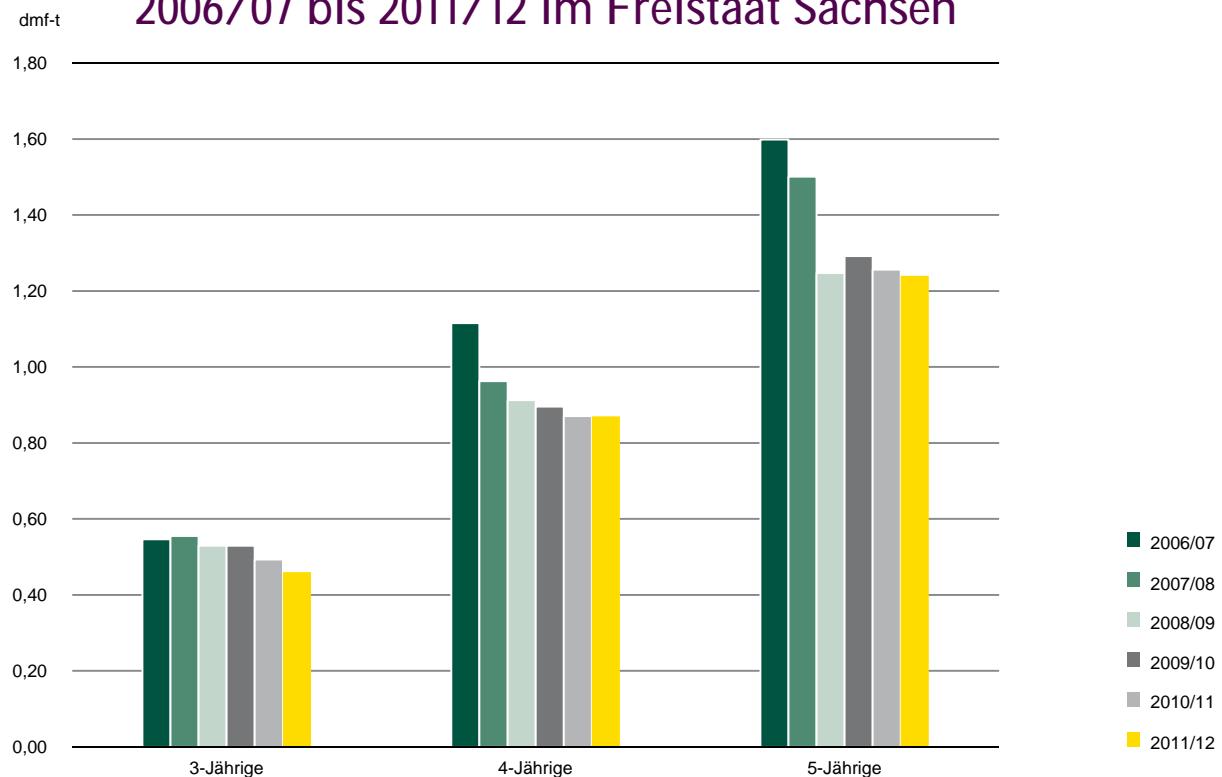
01.07.2013

# Entwicklung der Zahngesundheit bei Kindergartenkindern



01.07.2013

## dmf-t-Index der 3- bis 5-Jährigen, Schuljahr 2006/07 bis 2011/12 im Freistaat Sachsen



01.07.2013

# Entwicklung Erhaltung des Anteils naturgesunder Gebisse bei 3 - Jährigen

Jahr	Anteil in Prozent
2011/12	87,22 %
2007/08	84,56% 
2006/07	84,40 %

seit Ende der 90er Jahre: Zunahme der frühkindlichen Karies! 1999 hatten 23 % der 3 - Jährigen Karies!

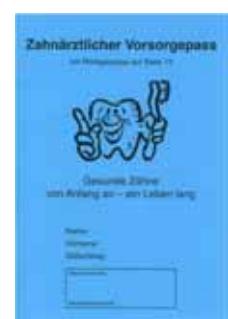
Start der Kampagne „Gegen Nuckelflaschenkaries“ im Jahr 2006 führt zum langsamem Anstieg der naturgesunden Gebisse bei den Kleinsten

01.07.2013

## Konzept der LAGZ Sachsen „ Gegen Nuckelflaschenkaries“



- Kooperation mit Sächsischem Hebammenverband
- Einlage des zahnärztlichen Vorsorgepasses „Gesunde Zähne von Anfang an“ in das gelbe Kinderuntersuchungsheft mit der Geburt des Kindes
- Schulung von Tagespflegekräften zum Thema Mundgesundheit
- Aufkleberaktion für Schwangere und junge Eltern

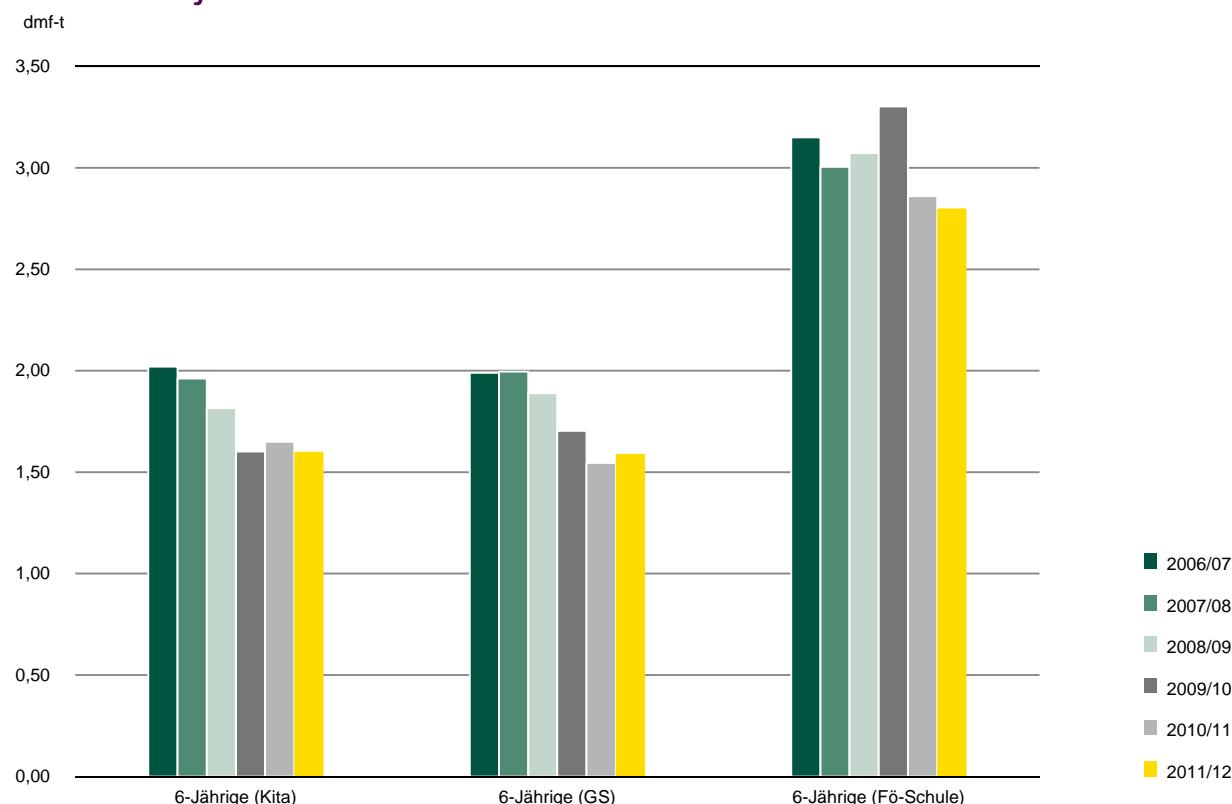


Maßnahmen beginnen zu wirken!





## dmf-t-Index der 6 - Jährigen nach Einrichtungsart, Schuljahr 2006/07 bis 2011/12



01.07.2013



## Anteil Kariesfreiheit im Milchgebiss

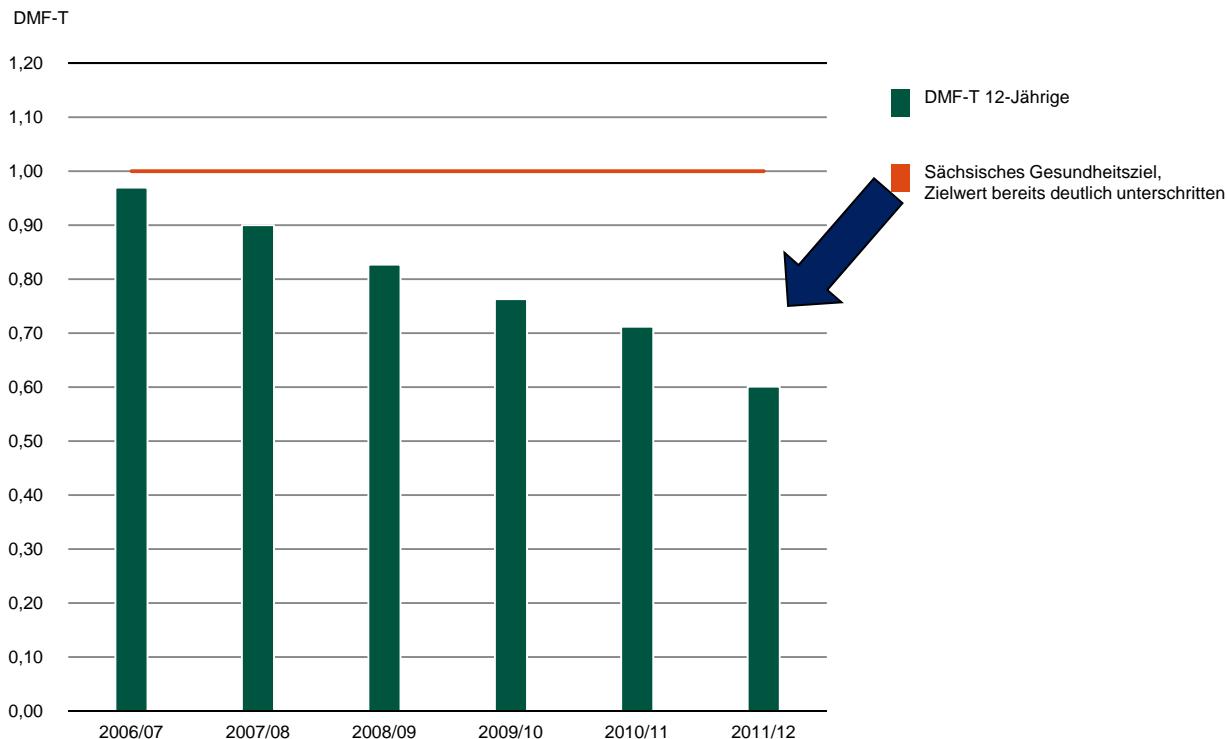
Jahr	Anteil in Prozent
2011/12	58,07 %
2007/08	50,8 %
2006/07	49,9 %



Dennoch: fast jedes zweite Kind hat Karieserfahrung!

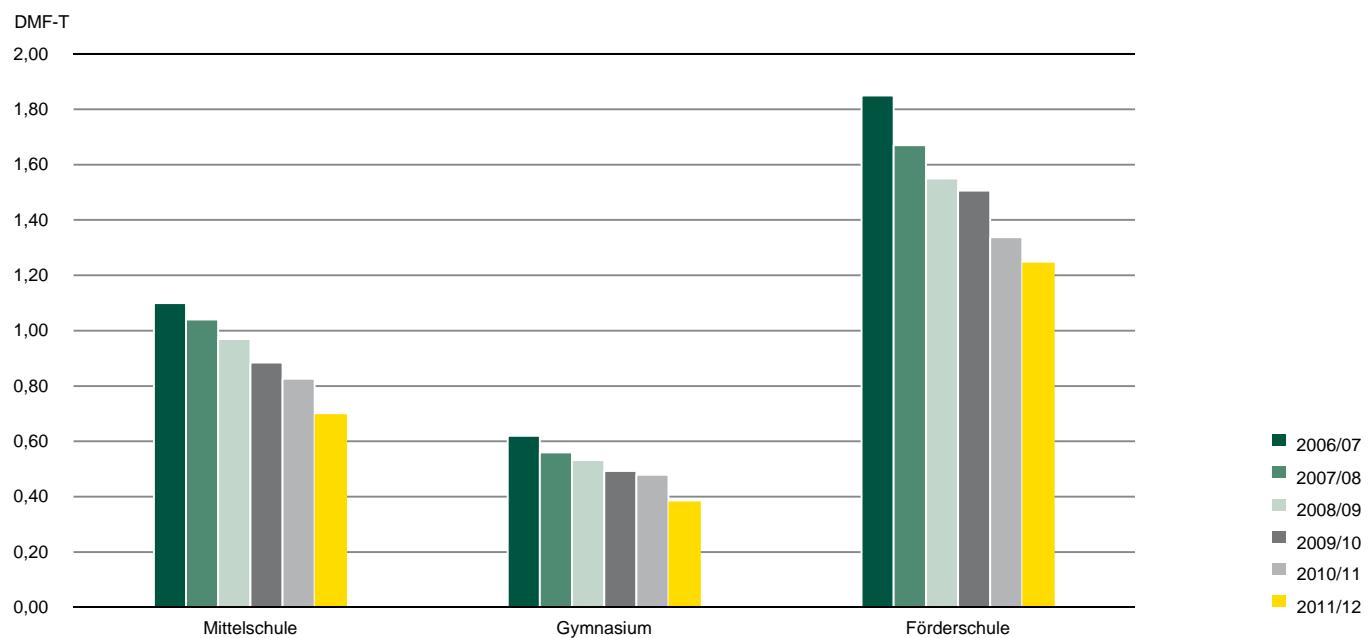
01.07.2013

# Entwicklung der Zahngesundheit bei den 12-Jährigen



01.07.2013

Zeig mir Deine Zähne und ich weiß, woher Du kommst???



01.07.2013



## Fazit

- Mittel- und Förderschüler haben eine schlechtere Mundgesundheit als Gymnasiasten
- eine immer kleine Gruppe von Kindern (20 %) verteilt den Großteil (80 %) der vorhandenen Karies auf sich
- Untersuchungen zur Mundgesundheit zeigen, dass die Häufigkeit des Zähneputzens oder die Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen abhängig von der Schichtzugehörigkeit und Migrationshintergrund ist

01.07.2013

---



## Probleme / Sorgen

- Einstellens des täglichen Zähneputzen in der Kita
  - Keine detaillierte Festlegung im Bildungsplan
- Personalmangel beim ÖGD
- frühkindliche Karies ist ein Hinweis auf Kindesvernachlässigung und somit Thema für den Kinderschutz

Gesund beginnt im Mund und geht von da aus weiter....

**Mundgesundheit ist Kindergesundheit!**

# Zusammenfassung

- Zahngesundheit der Kinder verbessert sich stetig
  - Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen = Teilbereich der Kindergesundheit
  - JZÄD und LAGZ mit Patenschaftszahnärzten tragen wesentlich zur Prävention und Prophylaxe von Mundgesundheit bei
  - Gruppenprophylaxe wertvoller Beitrag zur Chancengerechtigkeit für alle Kinder
- **Handlungsfeld Mundgesundheit ist ein wichtiger Baustein im Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ !**

01.07.2013

Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!



Ihre Nachricht:

Ihr Zeichen:

Unser Zeichen:

Datum:  
03.07.2013

**Sachverständigenanhörung  
im Sächsischen Landtag zur Kinder- und Jugendgesundheit am 01.07.2013**

- Position des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte zur kinder- und jugendärztlichen Versorgung in Sachsen (Einschätzung)  
Dr. med. Klaus Hofmann, Chemnitz  
Landesvorsitzender Sachsen des BVKJ
- Kinderärztesituation in Zwickau und Zwickauer Land  
Zuarbeit: Frau Dipl.-Med. Elke Riedel, Wilkau-Haßlau
- Situation der kinderärztlichen Versorgung in Freiberg  
Zuarbeit: Frau Dr. med. Inge Weigl, Freiberg
- „Überversorgung“  
nach den Richtlinien der bundesweit gültigen Bedarfsplanung (KBV) und der Bedarfsplanung der KV Sachsen  
bedeutet nicht automatisch Sicherstellung der ambulanten allgemeinpädiatrischen Versorgung in der Fläche bzw. in Sachsen
- Die ambulante allgemeinpädiatrische Versorgung erfolgt ausschließlich durch die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte und durch Pädiater in den MVZ (zum Teil).  
Die ambulante spezialisierte pädiatrische Versorgung erfolgt durch
  - ca. 25 Schwerpunktpraxen (7,5% in Sachsen, 17% bundesweit)
  - überwiegend durch angestellte Kinder- und Jugendärzte an Kinderkliniken in Form von Einzel- und Institutsermächtigungen bzw. Fachambulanzennehmen nicht an der ambulanten allgemeinpädiatrischen Versorgung teil!)
- Die vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales unter 1.ag) angegebene Gesamtzahl von 427 der Kinder- und Jugendärzte (KVS Bedarfsplanung, Stand 01.10.2012) ist nicht näher differenziert.
  - Sie entspricht mit Sicherheit nicht der Gesamtzahl der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte plus der in den MVZ tätigen Pädiatern.

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Landesvorsitzender werde ich unter 1.ag) die Position des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte zur kinder- und jugendärztlichen Versorgung in Sachsen vortragen.  
Herr Dr. Stefan Mertens wird als Präventionsbeauftragter unseres Landesverbandes und Mitglied der SIKO zu den Punkten 1.aa), ab) und ac) Stellung nehmen.

#### Ambulante Versorgungssysteme für Kinder und Jugendliche in Sachsen

Niedergelassene Kinder- und Jugendärzte      n = 321 } 348,5 → 79,5%  
MVZ    n = 27,5 } (Stand 01.01.2010)

Ambulante allgemeine pädiatrische Versorgung erfolgt ausschließlich durch diese Kinderärzte.  
Hierzu kommt die

- ambulante spezialisierte pädiatrische Versorgung ca. 25 Schwerpunktpraxen  
(7,5% in Sachsen, 17,0% bundesweit)
- + Einzel- und Institutsermächtigungen an Kinderkliniken.

Die Richtlinien der bundesweit gültigen Bedarfsplanung und der KV Sachsen beziehen sich ausschließlich auf die allgemeinpädiatrisch tätigen Kinder- und Jugendärzte.

Eine Bewertung der vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales zu 1.ag) angegebenen Gesamtzahl der Kinder- und Jugendärzte von 427 ist ohne exakte Zuordnung nicht möglich, insbesondere erlauben sie keine Aussage zur ambulanten pädiatrischen Versorgung.

Kinder- und Jugendärztlicher Dienst des ÖGD (Stand 3/2011)

n = 70 → 16,0%

Nur noch 60% der Stellen sind mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin besetzt. Der Bedarf in den nächsten 5 Jahren wird mit 25 angegeben (bis 2016!!).

7 Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)      n = 21 → 4,7% (Stand 3/2011)

Bedarf an Kinder- und Jugendärzten in den nächsten 5 Jahren mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie bzw. vergleichbare Qualifikation wird mit 7 angegeben.

#### Wichtige Faktoren für die Bedarfsplanung aus Sicht des BVKJ

1.

Wandel im Aufgabenspektrum des Gebietes Kinder- und Jugendmedizin  
Prävention

Verschiebung von akuten → chronischen Erkrankungen  
Verschiebung von somatischen → psychischen Erkrankungen  
Vorstellungsanlässe und Zeitaufwände (DAKJ n = 96.036, 2012)

zeitlicher Aufwand

Akute Anlässe	49,7%	30%
Prävention	30,3%	38%
Chronische Erkrankungen	16,6%	21%
Neue Morbiditäten	7,2%	10%
Kontrollen	ca. 10%	

2.

Altersstruktur der Kinder- und Jugendärzte in Sachsen  
Stand 01.01.2010 (Daten der KV Sachsen)

Niedergelassene Kinderärzte + MVZ      n = 348,5

KJÄ >	65 Jahre	n = 44	→ 12,8%
KJÄ >	60 Jahre	n = 73	→ 21,15%
KJÄ >	55 Jahre	n = 132	→ 38,2%

3.

Zukunftsgestaltung aus Sicht der Kinder- und Jugendärzte in Weiterbildung (Assistenzärzte)  
(BVKJ Kongress Assistenzärzte 2012 in Dresden, n = 262)

57% streben Arbeitsort in einer Stadt > 50.000 Einwohner an  
70% wollen Teilzeit arbeiten (höhere Lebensqualität)

Bevorzugte Praxisform / Arbeitsform

Gemeinschaftspraxis mit pädiatrischen Kollegen	61%
MVZ im Angestelltenverhältnis	46%
Einzelpraxis	27%
Klinikarzt angestellt	42%

Von 317 niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten in Sachsen (Stand April 2013) arbeiten

171 in einer Einzelpraxis  
91 in einer Gemeinschaftspraxis bzw. Praxisgemeinschaft  
17 in einem MVZ

4.

Mindestens 6 Monate der 5-jährigen Weiterbildungszeit müssen in der allgemeinpädiatrischen Versorgung erfolgen.

In einer 5-jährigen Facharztausbildung werden den Assistenzärzten des Gebietes Kinder- und Jugendmedizin keine praktischen Erfahrungen und Kenntnisse in ambulanter allgemeinpädiatrischer Versorgung vermittelt. Das trifft in gleichem Maße für den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst und die Sozial-Pädiatrischen Zentren zu.

Nach der WBO der SLÄK vom 26.11.2005 können bis zu 24 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden.

Der rund dafür ist fehlende Finanzierung der ambulanten Weiterbildung.

Hier sieht der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte dringenden Handlungsbedarf für den Gesetzgeber!

Die bestehenden Probleme der kinder- und jugendärztlichen Versorgung in Freiberg und Zwickau zeigen, dass die ambulante allgemeine pädiatrische Versorgung in Sachen einer differenzierten Bewertung bedarf (leider keine Einzelfälle).

Nach unserer Einschätzung haben wir in den großen Städten Dresden, Leipzig und Chemnitz eine hohe Dichte von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten mit Sozialpädiatrischen Zentren und einen personell noch gut aufgestellten Kinder- und Jugendärztlichen Dienst – andererseits können wir in der Fläche bereits heute nicht mehr die kinderärztliche Versorgung in vollem Umfang absichern. In der Fläche muss nach Einschätzung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte mit einer weiteren Verschlechterung dieser Entwicklung gerechnet werden.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Dr. med. K. Hofmann  
Landesvorsitzender Sachsen BVKJ

Dipl.-Med. E. Riedel  
FÄ f. Kinder- und Jugendmedizin  
Cainsdorfer Str. 25A

08112 Wilkau-Haßlau

d., 27.06.2013

Lieber Herr Hofmann,

anbei kurze Mitteilung über die Kinderärztesituation in Zwickau und Zwickauer Land.

Zwickau 2003 – 10 Kinderärzte  
Zwickau 2013 – 5 Kinderärzte, davon 2 über 70 Jahre

Zwickauer Land 2003 – 10 Kinderärzte  
Zwickauer Land 2013 – 7 Kinderärzte

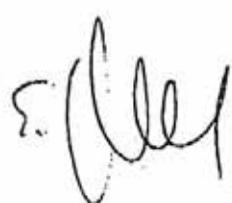
Die Stadtkinder sind zum Teil in den Landkinderarztpraxen (in meiner Praxis über 50%).  
Im Landkreis sind in großen Bereichen überhaupt keine Kinderärzte tätig, z.B.  
Hartenstein und Mülsengrund. Diese Kinder gehen zu 90% zum Praktiker!

Die Patientenzahl in den übrig gebliebenen Praxen hat dtl. zugenommen, was der Qualität schadet.

2003 mit meiner damaligen Kollegin zusammen im Durchschnitt 1700 Scheine.  
Jetzt allein 1700 Scheine! (was bekomme ich dafür bezahlt?)

Falls noch Fragen sind, bitte anrufen.

Mit freundlichen Grüßen



Dipl.-Med. Elke Riedel  
LANR 002656934  
FÄ für Kinder- und Jugendmedizin  
Cainsdorfer Straße 25A  
08112 Wilkau-Haßlau  
Telefon 0375 671138  
94/2369000

## Faxbericht

Von: Dr. med. Inge Weigl  
Fachärztin für Kinder-  
und Jugendmedizin  
Fax: 03731/217282

An: Dr. Hofmann  
Vorsteher der UV  
Fax: 04233/5000

Sehr geehrter Herr Hofmann,

anbei die von Ihnen ge-  
wünschten Informationen.

Es kann auch jederzeit eine  
interessierte Politiker nach bei-  
hier vor Ort informieren!

Viele Grüße

Inge Weigl

Dr. med. Inge Weigl  
LANR 004728134  
FA f. Kinder- und Jugendmedizin  
Meißner Gasse 24, 09599 Freiberg  
Tel. 03731/248456 Fax 03731/217282  
94/2393000

Dr. med. Inge Weigl , FÄ für Kinder- u. Jugendmedizin,  
Meißner Gasse 24, 09599 Freiberg,  
Tel. 03731-24 84 56

---

27.06.2013

## Situation der Kinderärztlichen Versorgung in Freiberg

Noch vor 5 Jahren arbeiteten 7 Kinderärzte in Freiberg – damals war eine gute kinderärztliche Betreuung möglich

Jetzt sind wir noch 3 Kollegen, da 3 Kollegen in Rente gegangen sind und 1 Kollegin nur noch privatärztlich arbeitet.

Die 3 Praxen sind hoffnungslos überfüllt, Patienten (außer Neugeborene) können nicht mehr angenommen werden.

Wir verweisen die Eltern nach Chemnitz oder Dresden.

Besonders dramatisch ist dieser Zustand für sozial gefährdete Familien, die weite Wege zum Arzt nicht realisieren können. Gerade bei Problemfamilien ist die vernetzte Betreuung mit Kita und Therapeuten unumgänglich, um Fehlentwicklungen zu vermeiden.

Diese Arbeit ist sehr zeit- und personalaufwendig und zur Zeit von uns nicht zu leisten.

Eine Verbesserung der Situation ist nicht zu erwarten, obwohl KV und Bürgermeister sich bemühen.

# Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen



Anhörung des Ausschusses für Soziales und Verbraucherschutz des Sächsischen Landtages 1.7. 2013, Dresden

Referentin: I. Carl, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin,  
Leiterin Fachausschuss KJÄD Sachsen im BV ÖGD

## Kindergesundheit

- Morbiditätswandel
- Rolle des KJÄD
- Einige Untersuchungsergebnisse des KJÄD in Sachsen

# Das Recht des Kindes auf Gesundheit

„Gesundheit ...

... ist der Zustand vollkommenen  
körperlichen,  
seelischen und sozialen Wohlbefindens,  
nicht lediglich das Freisein von Krankheiten“

UN-Konvention  
Artikel 24  
*Das Recht auf Gesundheit*



I. Carl, FÄ KJM, Ltrn. Fachausschuss KJÄD  
Sachsen im BV ÖGD

24.07.2013

3

## KiGGS - Kindergesundheitssurvey

Studien zur Kindergesundheit, wie z.B. die KiGGS-Studie des Robert-Koch-Institutes zeigen Wandel:  
**historisch**

Akute Erkrankungen

Infektionskrankheiten

**aktuell**

Chronische Krankheiten

Entwicklungs-schwierigkeiten

Psychische und Verhaltensprobleme

# KiGGS - Kindergesundheitssurvey

- Es genügt nicht, die Häufigkeit des Auftretens bestimmter Krankheiten zu erfassen.
- Natürlich ist es wichtig, Krankheiten zu behandeln und zu heilen, aber ebenso wichtig ist es, dass die Lebensbedingungen und das tägliche Umfeld eine gesunde Entwicklung jedes Kindes und jedes Jugendlichen unterstützen.

I. Carl, FÄ KJM, Ltrn. Fachausschuss KJÄD  
Sachsen im BV ÖGD

24.07.2013

5

## WHO-Gesundheitssurvey Ergebnisse für die BRD



Chronische Erkrankungen und Behinderungen	11 %
Allergische Erkrankungen	33 %
Psychische Auffälligkeiten	6-18 %
Übergewichtige Schulkinder	10-20 %
Tägliches Rauchen	6-29 %
Wenig körperlich aktive Kinder	66 %

# KiGGS - Kindergesundheitssurvey

- Entwicklungsrisiken treffen ganz besonders Kinder aus sozial schwächeren und bildungsferneren Familien und verschärfen soziale Risiken durch unterschiedliche Lernausgangslagen bei Schulbeginn
- Die in unserem Gesundheitssystem vorgehaltenen „Komm-Strukturen“ des SGB V erreichen diese Risiko-Kinder und ihre Familien nicht gut genug.

I. Carl, FÄ KJM, Ltrn. Fachausschuss KJÄD  
Sachsen im BV ÖGD

24.07.2013

7

## Aufgaben der KJÄDs im Rahmen der Kindergesundheit (1/2)

### 1. *Frühe Hilfen- Kinderschutz*

Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte des ÖGD sind vor Ort unverzichtbare Netzwerkpartner

### 2. *Die KiTa- und Schulaufnahmeuntersuchungen* als Basiselemente der

Schulgesundheitspflege mit einem sozial-kompensatorischen Aspekt in der Gesundheitsvorsorge, einem epidemiologischen Aspekt für Land und Kommune und der Vermittlungs-Kompetenz von sozialpädiatrischen Inhalten in pädagogische Institutionen hinein

### 3. *Weitere Jahrgangsuntersuchungen* im Bereich der Grundschule und der weiterführenden Schulen.

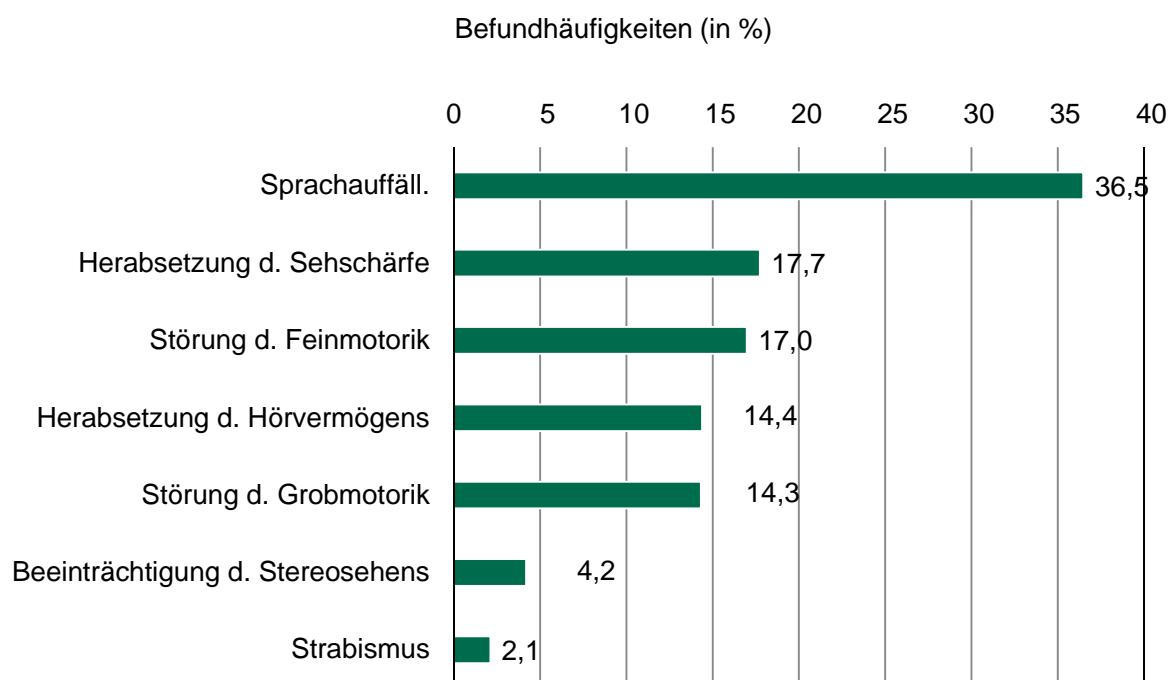
### 4. Auf der Basis der kleinräumigen kommunalen

**Gesundheitsberichterstattung** können in kommunaler Hinsicht Schwerpunkte für gesundheitsfördernde Maßnahmen gesetzt werden.

# Aufgaben der KJÄDs im Rahmen der Kindergesundheit (2/2)

5. **Prävention:** Auch für die Planung und Umsetzung sowie gegebenenfalls Evaluation von Präventions-Projekten und -Programmen im Bereich der vorschulischen Einrichtungen oder der Schulen sind die KJÄDs im kommunalen Raum unverzichtbar. Als Bestandteil der öffentlichen Verwaltung haben sie unkomplizierten Zugang zu den Kindergemeinschaftseinrichtungen und Schulen
6. Mit Blick auf die künftige **Inklusive Beschulung** eines Großteils der Schülerinnen und Schüler mit besonderen Bedürfnissen (chronische Krankheiten, Behinderungen) werden Begutachtung, Betreuung und Beratung dieser Kinder und Jugendlichen, ihrer Familien und der aufnehmenden Schulen durch die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste wesentlich an Bedeutung gewinnen.

## Befundhäufigkeiten sächsischer Kita-Kinder Untersuchungsjahr 2011/12



# Psychische Gesundheit

## Essstörungen



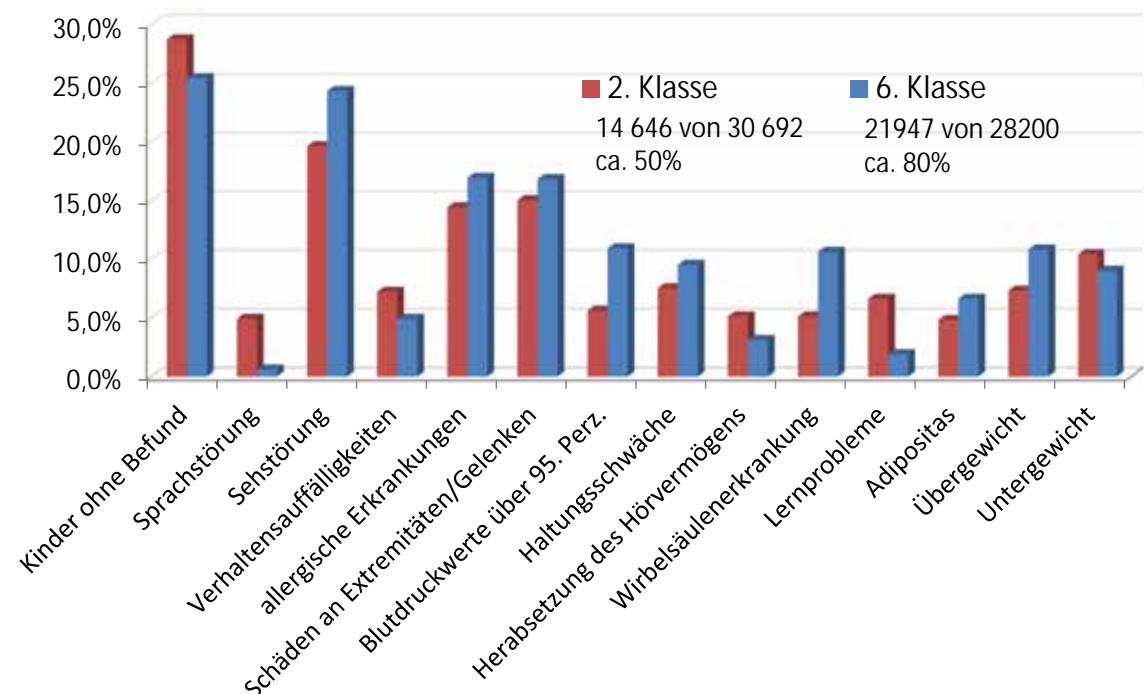
Quelle: KiGGS Studie, RKE

I. Carl, FÄ KJM, Ltrn. Fachausschuss KJÄD  
Sachsen im BV ÖGD

24.07.2013

11

## Untersuchungsergebnisse Sachsen 2011/12



I. Carl, FÄ KJM, Ltrn. Fachausschuss KJÄD  
Sachsen im BV ÖGD

24.07.2013

12

# Impfungen

- Sächsische Kita-Kinder verfügen über einen guten Impfschutz.
- Der Anteil vollständig geimpfter Kita-Kinder erreicht mit Ausnahme der Impfungen gegen Hepatitis A, Varizellen, und Meningokokken C Werte über 90%.
- In den letzten 5 Jahren ist ein leichter Rückgang bei den Impfungen gegen Diphtherie, Pertussis (Keuchhusten), Tetanus (Wundstarrkrampf) sowie bei der Masern-Mumps-Röteln-Impfung zu beobachten.

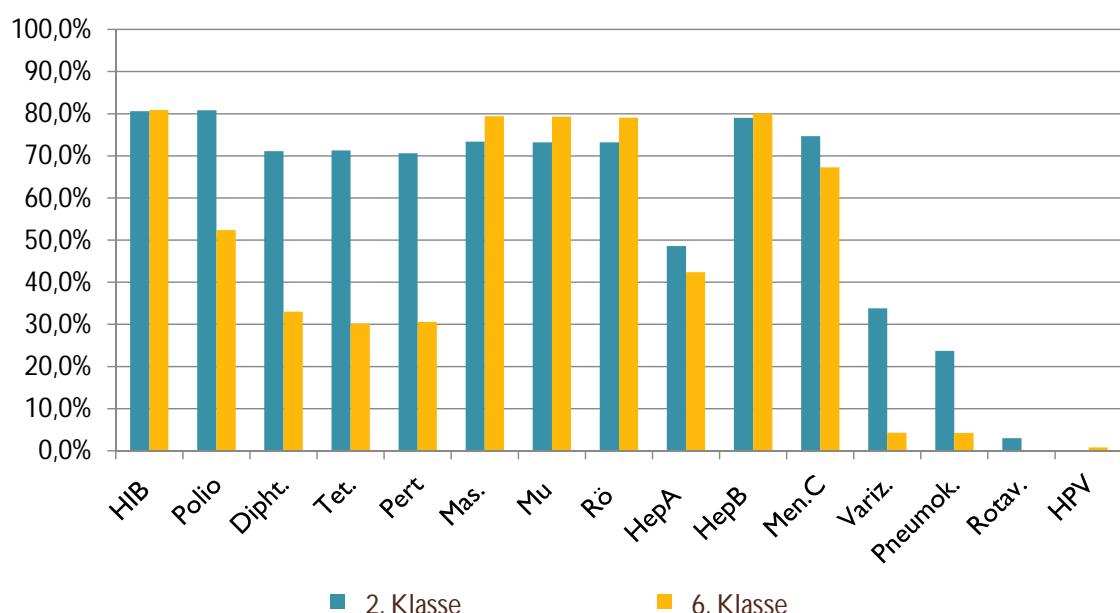
I. Carl, FÄ KJM, Ltrn. Fachausschuss KJÄD  
Sachsen im BV ÖGD

24.07.2013

13

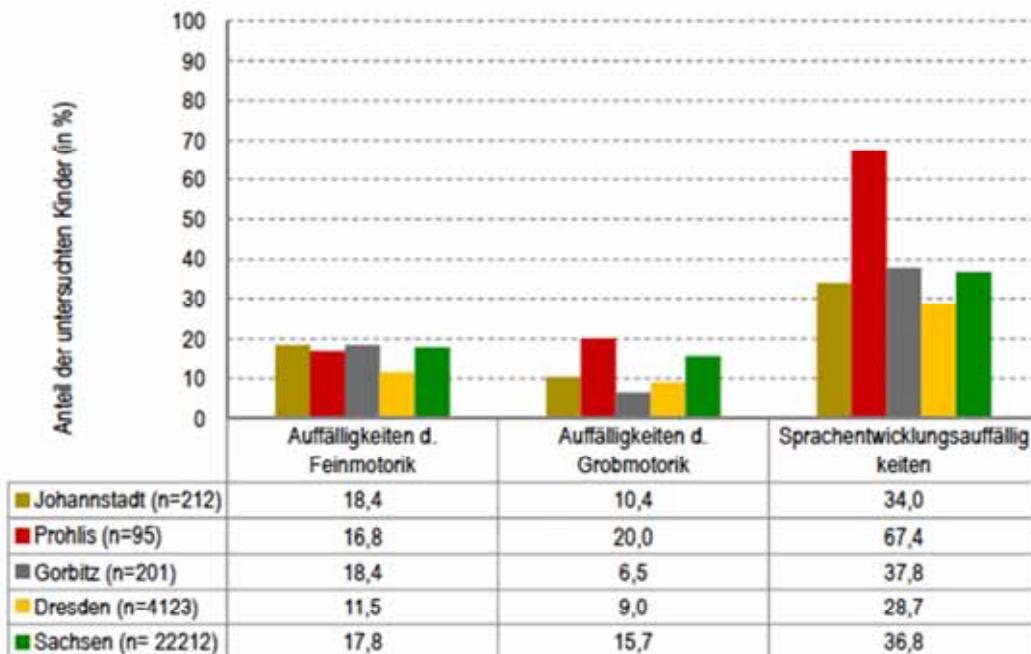
## Schuluntersuchungen in Sachsen - Befunde

Impfungen, kompletter Impfschutz nach SIKO in 2. und 6. Klassen



# Ergebnisse der Kita-Untersuchung 2010/2011

Kita-Screeningbefunde im Stadtteilvergleich 2010-11 \*



\* Siehe Erläuterungen auf Folie 7 und Folie 11

Landeshauptstadt Dresden

Gesundheitsamt

Abt. Kinder- u. Jugendärztlicher Dienst und SB Gesundheitsberichterstattung

Dresden, 22.01.2013



## Das Recht des Kindes auf Gesundheit



**„Unsere Kinder sind  
unsere Zukunft -  
wir müssen  
den Kindern eine  
Zukunft schenken.“**

Dr. Klaus Gritz, Kinderarzt  
Ärztekanzel 2002, Hauptkirche St. Nikolai,  
Hamburg

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

## Anhörung des Ausschusses für Soziales und Verbraucherschutz des Sächsischen Landtages 1.7. 2013, Dresden

„Gesundheit“ bedeutet für Kinder und Jugendliche nicht nur die Abwesenheit körperlicher Erkrankungen, sondern eine gesunde und altersgemäße Entwicklung. Studien zur Kindergesundheit wie z.B. KIGGS (Robert-Koch-Institut) zeigen einen Wandel der Morbidität von akuten und Infektionskrankheiten hin zu chronischen Krankheiten, Entwicklungsschwierigkeiten und psychischen und Verhaltensproblemen.

Diese Entwicklungsrisiken treffen ganz besonders Kinder aus sozial schwächeren und bildungsferneren Familien und verschärfen soziale Risiken durch unterschiedliche Lernausgangslagen bei Schulbeginn.

Die fatalen Folgen von ungenügenden Startchancen und somit einem erhöhten Risiko für mangelnde Ausbildung und Berufschancen tragen zunächst Kind, Familie und Schule. Aber auch die Gesamtheit der Solidarsysteme wird hier unausweichlich belastet, wenn nicht frühzeitig gegengesteuert wird. Das betrifft sowohl die individuelle Situation als auch den Gesamtkontext, durchaus auch in kommunaler Hinsicht, zum Beispiel durch vermehrte Inanspruchnahme von Jugendhilfe- und Eingliederungshilfemaßnahmen im späteren Alter.

Die in unserem Gesundheitssystem vorgehaltenen „Komm-Strukturen“ des SGB V erreichen diese Risiko-Kinder und ihre Familien nicht gut genug. Der Anteil der Kinder, der nicht durch die vertragsärztlichen Strukturen erreicht wird, ist unterschiedlich hoch und beträgt in Bevölkerungsgruppen mit sehr wenigen Ressourcen regelmäßig von 35% (bis zu 50%). Die Versorgung gerade sozial und damit auch gesundheitlich benachteiligter Kinder und Jugendlicher bedarf ganz offensichtlich einer Mitversorgung durch die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter in Kooperation mit dem Gesamtversorgungssystem, zumindest subsidiär.

Für die kommunalen Bemühungen um ein „Gesundes Aufwachsen“ müssen die strukturellen und fachlichen Gegebenheiten der KJÄDs unbedingt genutzt werden:

Als Bestandteile der kommunalen Verwaltung sind sie einerseits vernetzt mit anderen kommunalen Strukturen und haben einen unkompliziertem Zugang zu allen Kindergemeinschaftseinrichtungen und Schulen; andererseits wird hier die im Schnittmengenbereich zu Bildungssystem und Eingliederungshilfe zwingend erforderliche sozialpädiatrischen Expertise vorgehalten.

Folgende Aufgabenbereiche und Tätigkeiten sind in diesem Zusammenhang zu nennen:

1. Im Themenkomplex „Frühe Hilfen – Kinderschutz“ sind die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste vor Ort unverzichtbare Netzwerkpartner (s. entsprechende Erfahrungen der letzten Jahre) und vermitteln zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen in konzeptioneller Hinsicht. Unter dem individuellen Aspekt sind sie für die sozialkompensatorischen Gesundheitshilfen zuständig und zum ständigen interdisziplinären Austausch mit den Strukturen und Mitarbeitern der örtlichen Jugendhilfe aufgerufen. Subsidäre Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen scheitern u. A. auch an der Unmöglichkeit dafür eine kassenärztliche Teilermächtigung dafür zu bekommen.

2. Die Kita- und Schulaufnahmeuntersuchung als Basiselemente der Schulgesundheitspflege mit einem sozial-kompensatorischen Aspekt bei individuellen Lücken in der Gesundheitsversorgung, einem unter epidemiologischer Hinsicht kommunalen Aspekt in Bezug auf Gesundheitsberichterstattung (Beschreibung von regionalen Problemschwerpunkten) und der Vermittlungs-Kompetenz von sozialpädiatrischen Inhalten in pädagogische Institutionen hinein

3. weitere Untersuchungen im Bereich der Grundschule, Kl.2 und der weiterführenden Schulen in Kl.6. Gerade Jugendliche und Heranwachsende sind durch das vertragsärztliche System in keiner Weise ausreichend zu erreichen. Chronische Erkrankungen und sozio-emotionale Probleme müssen auch im Schulalltag bewältigt werden.

Die Schule ist als Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen ein wichtiger, vielleicht der wichtigste Ort für die Umsetzung aller Erkenntnisse und Konsequenzen und ermöglicht die Einbeziehung der Gleichaltrigen im Setting-Ansatz. Diese Aufgaben erfordern die Mitwirkung der KJÄDs vor Ort.

4. Auf der Basis der kleinräumigen kommunalen Gesundheitsberichterstattung können für die Kommunen Schwerpunkte für gesundheitsfördernde Maßnahmen gesetzt werden. Die Vernetzung und Strukturierung dieser Angebote ist eine kommunale Aufgabe, die nur in Kooperation mit anderen kommunalen Akteuren und anderen Partnern aus dem Gesundheitswesen umgesetzt werden kann.

5. Prävention: Auch für die Planung und Umsetzung sowie gegebenenfalls Evaluation von Präventions-Projekten und –Programmen im Bereich der vorschulischen Einrichtungen oder der Schulen sind die KJÄDs im kommunalen Raum unverzichtbar.

Ganz besonders für sozial benachteiligte Gruppen, die auch für viele vermeintlich niedrigschwellige Angebote nicht gut ansprechbar sind, hätten die KJÄDs die Möglichkeit einer nachgehenden Fürsorge (derzeit noch nicht im sächs. Schulgesetz verankert). Dies könnte erfolgen und erfolgt bereits im interdisziplinären Kontext.

6. Mit Blick auf die künftige Inklusive Beschulung eines Großteils der Schülerinnen und Schüler mit besonderen Bedürfnissen (chronische Krankheiten, Behinderungen) werden Begutachtung, Betreuung und Beratung dieser Kinder und Jugendlichen, ihrer Familien und der aufnehmenden Schulen durch die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste wesentlich an Bedeutung gewinnen. Zum einen ist hier unter dem individuellen Aspekt für eine nahtlose und für die Betroffenen unkomplizierte Abstimmung mit der Eingliederungshilfe zu sorgen.

Unter dem kommunalen Aspekt müssen die im KJÄD vorhandenen Erkenntnisse und die sozialpädiatrische Expertise genutzt werden, um eine Übersicht über die kommunale „Förderlandschaft“ zu gewinnen und aus der Summe der Einzelfallbetrachtungen zu einem sinnvollen Gesamtkonzept erforderlicher, passgenauer und dadurch auch greifender Hilfen zu kommen. Diese Anforderung hat letztlich selbstverständlich auch einen ökonomischen Aspekt, ist aber sicherlich durch keinen Bestandteil des kassenärztlichen Systems oder durch andere Anteile der kommunalen Verwaltung zu übernehmen.

**7. Qualitätssicherung:** Besonders im Bereich der Schulaufnahmeuntersuchung aber auch der anderen ÖGD-Untersuchungen ist aufgrund der Bemühungen der jeweiligen Akteure aus den Kommunen, nicht zuletzt auch dank der Unterstützung durch das SMS, ein recht hoher Grad an überregionaler Vergleichbarkeit erreicht worden. Nicht verständlich ist für viele Kinder- und Jugendärzte die Haltung des SMS zur Einführung neuer moderner Diagnostikverfahren, welche besonders die jetzt noch fehlenden Bereiche der vorschulischen Diagnostik, wie Aufmerksamkeit und Konzentration mit erfassen. Diese Kosten sollten uns unsere Kinder wert sein.

Im Bereich der Begutachtung und der entsprechenden Konsequenzen für Eingliederungshilfe und Fördermaßnahmen wäre eine entsprechende Vergleichbarkeit ebenfalls erstrebenswert. Eine Basisvoraussetzung hierfür ist Qualitätssicherung zunächst innerhalb der KJÄDs sowie darauf basierend die Überarbeitung unserer gemeinsamen Standards mit modernen evaluierten Testmöglichkeiten.

Diese genannten Aspekte der Tätigkeit sind außerhalb der öffentlichen Kinder- und Jugendärztlichen Dienste im individualmedizinisch orientierten Vertragsarztwesen nur schwer umsetzbar keinesfalls aber statistisch fassbar.

Im vergangenen Schuljahr waren in den sächsischen Gesundheitsämtern 64,4 VBE Ärzte und 111,4 VBE mittleres medizinisches Assistenzpersonal beschäftigt, die neben den gesetzlichen Untersuchungen noch pro Arzt durchschnittlich

772	Beratungen
5	Asylbewerberuntersuchungen
2,5	Jugendarbeitsschutzuntersuchungen
15,6	Individualuntersuchungen
6,3	Hausbesuche
54,2	Impfungen durchführten und
65,6	Gutachten Eingliederungshilfe
67,8	Förderschulgutachten
42	Sonst. Amtsärztliche GA
197	Sportatteste erstellten.

Der Mangel an Ärzten/ bes. Fachärzten für KJM ist besonders in den Landkreisen sehr hoch. Alle bisher beschlossenen Maßnahmen zur Gewinnung zusätzlichen Personals haben sich als nicht ausreichend erwiesen. ÖGD-Ärzte haben unter Kassen- und Klinikärzten keine besonders hohe Anerkennung, werden nach Verwaltungstarifen bezahlt und sind eben auch für die Bevölkerung nicht die „richtigen Ärzte“, denen auch noch die Zeit fehlt, ihr Können unter Beweis zu stellen. Eine verpflichtende Tätigkeit im Gesundheitsamt während der Facharztausbildung könnte vielleicht auch bei einigen zukünftigen Kollegen das Interesse an dieser abwechslungsreichen, familienfreundlichen Tätigkeit wecken.

#### Quellen:

Zukunfts werkstatt KJÄD/KJGD im Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des ÖGD  
Tätigkeitsberichte der sächs. Gesundheitsämter Schuljahr 2011/12

Ingrid Carl, Ltrn. Des FA KJÄD im BV ÖGD

# Umsetzung des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ in sächsischen Kindertageseinrichtungen

Stephan Koesling, Geschäftsführer  
Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.



Sächsische Landesvereinigung  
für Gesundheitsförderung e.V.

## Gliederung

- Ausgangssituation
- Handlungsansätze
- Maßnahmen und Projekte
- Erfolge und Herausforderungen

## Ausgangssituation

- Der überwiegende Teil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland wächst gesund auf.
- 15 bis 20 % der Kinder und Jugendlichen haben schlechtere Gesundheitschancen.
- Chancen für ein gesundes Aufwachsen in Deutschland sind ungleich verteilt.

3

## Kinder aus sozial benachteiligten Familien...

- leiden eher an Übergewicht und Adipositas und treiben weniger Sport (KIGGS 2006)
  - zeigen häufiger psychische Auffälligkeiten sowie Verhaltensprobleme (Lampert et al. 2010)
  - haben einen höheren Medienkonsum (RKI & BZgA, 2008),
  - wurden seltener gestillt und in ihrer Umgebung wird häufiger geraucht (RKI & BZgA, 2008),
  - verletzen sich häufiger bei Straßenverkehrsunfällen (Lampert et al. 2010),
  - nehmen seltener U-Untersuchungen in Anspruch (RKI & BZgA, 2008)
- Jedoch: Negative gesundheitliche Auswirkungen fallen geringer aus, wenn sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche über gute soziale und personale Ressourcen verfügen (vgl. Bundesregierung, 2008).

4

## Handlungsansätze

1. Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“  
Entwicklung und Koordination landesweiter gesundheitsfördernder Vorhaben und Initiativen im Setting Kita
2. Kommunaler Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle“ in Kooperation mit der BZgA  
Ressortübergreifende Förderung eines gesunden Aufwachsens durch kommunale Präventionsketten

5



## Lösungsansatz: Kommunale Präventionsketten

- 1 • Gesundheitsförderung und Prävention sind Teil **jeder Entwicklungs- und Lebensphase**
- 2 • Unterstützung und Hilfe **so früh wie möglich**
- 3 • Alle Akteure arbeiten **professionsübergreifend** zusammen
- 4 • Ressourcen **unterschiedlicher Sektoren** werden zielgerichtet für ein gesundes Aufwachsen genutzt
- 5 • **Übergänge** werden als Chancen für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche gestaltet und bestehende Hürden reduziert

Schwangerschaft und  
frühe Kindheit

Kinder von 1-  
6 Jahren

Grundschul-  
kinder

Jugendliche

# „Gesund aufwachsen“ im Setting Kita

- Strategien und Maßnahmen zur Verbesserung von Gesundheitschancen so früh wie möglich im Lebenslauf
- Kita-Betreuungsgrad > 90 % → Erreichbarkeit der Zielgruppen:
  - Vorschulkinder,
  - pädagogisches Personal,
  - Eltern.
- § 2, Absatz 1 Kita-Gesetz: verbindlicher Kita-Bildungsplan
  - Kapitel 2.1 des Bildungsplans: „Somatische Bildung“
  - Basis: Leitbegriff „Wohlbefinden“ nach WHO Definition

7

## Koordinierungsstelle an der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V.

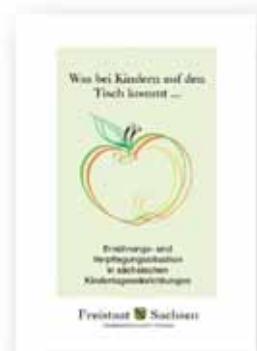
- Aufgaben:
  - Kooperation und Vernetzung von Akteuren
  - Transfer und Austausch von Wissen und Information
  - Unterstützung von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in Kitas



8

## Handlungsfelder Ernährung, Bewegung, Mundgesundheit

- Schwerpunkt Gemeinschaftsverpflegung in Kitas und Schulen z.B. durch „Vernetzungsstelle Kita- und Schulverpflegung in Sachsen“, Zucker – (k)ein Problem?
- Mokis-Studie und Fortbildungen für Erzieher/innen, Evaluation 2013/2014
- Prävention von Nuckelflaschenkaries, Schulung von Tageseltern, zahnmedizinische Gruppenprophylaxe



9

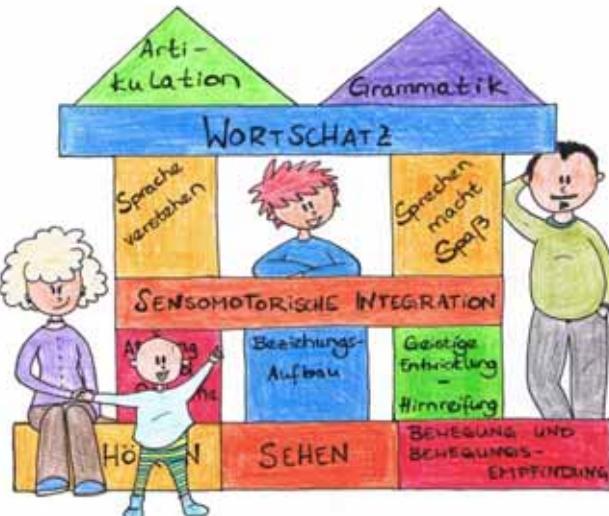
## Handlungsfeld Förderung von Lebenskompetenz



- Mitglieder der Arbeitsgruppe kommen aus den Bereichen „Frühe Hilfen“, Suchtprävention, Kinder- und Jugendhilfe, Familienbildung, Bildung und Gesundheit.
- Förderung von Lebenskompetenz in Kitas über das Programm FREUNDE
- Landesweites Netzwerk von regionalen FREUNDE-Trainer/innen koordiniert von der SLfG

## Handlungsfeld Sprache

- Veröffentlichung der Dokumentation des Fachtages „Sprache – das Tor zur Welt“ (2012)
- Sprachkreis vor Ort - Expertenrunde
- Begleitung des Modellprojekts „Sprache fördern“ (2007 bis 2011)
- Fortführung durch „Offensive Frühe Chancen“ des BFSJ Sprachberater/innen in ca.180 Kitas



11

## Handlungsfeld Erzieher/-innengesundheit

- Handbuch „Erzieherinnengesundheit“ – Arbeits- und Gesundheitsschutz für Kita, Erweiterung und Überarbeitung (2009)
- Fachtagungen zum Thema „Gesund bleiben in der Kita“
- Projekt: Demografiesensible Gesundheitsförderung als Trägerkonzept mit Material für die Praxis



12

## Sächsischer Kinder-Garten-Wettbewerb

- Anliegen: Anregung aller sächsischen Kitas zu naturnaher, bildungs- und gesundheitsfördernder Gestaltung der Außenanlagen
- Bereits dritter Durchlauf (2008 - 2013)
- Umsetzung des Sächsischen Bildungsplans in Verbindung mit dem Sächsischen Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“
- Begleitprogramm: Fachtagungen & Exkursionen



13

## Audit „Gesunde KiTa“

- Verfahren zur Qualitätssicherung und -entwicklung in Kitas im Sinne des Sächsischen Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“
- Selbst- und Fremdbewertung der Einrichtungen anhand von 8 Handlungskriterien
- Bundesweit ca. 120 „Gesunde KiTas“, davon 36 in Sachsen zertifiziert



14

## Erfolge

- Es konnten über 36% (mehr als 1.000 Kindertageseinrichtungen/ Stand 2012) in Sachsen über Veranstaltungen, Programme und Projekte erreicht werden.
- Die Fachberatungen, Gesundheits- und Jugendämter sind Partner und Unterstützer für den Transfer von Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen.
- Die strukturelle Unterstützung durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz ermöglicht eine kontinuierliche Weiterentwicklung von „Gesund aufwachsen“.
- Das Zusammenführen von frühkindlicher Bildung und Gesundheitsförderung von Kindern und pädagogischem Personal knüpft an den pädagogischen Alltag in der Kita an.
- Mit der BGW Bezirksstelle Dresden, der Unfallkasse Sachsen, landesweiten Träger von Kindertageseinrichtungen (AWO, Parität und DKSB) bestehen verbindliche Kooperationsvereinbarungen für die Umsetzung von „Gesund aufwachsen“.

15

## Herausforderungen

- Wenig Ressourcen für Evaluationen und Durchführung von Längsschnittstudien zur Wirksamkeit von Maßnahmen.
- Bessere Vernetzung mit den „Frühen Hilfen“ - Portal inforo online (BZgA) unter dem Blick der gesundheitlichen Chancengleichheit .
- Ausbau der Angebote für U-3 jährige und Kindertagespflegepersonen ist erforderlich.
- Rahmenbedingungen ( Gruppengröße, fehlende Vor- und Nachbereitungszeit, Personalengpässe) bieten keinen optimalen Rahmen für die Umsetzung von Themen.
- Fortführung der Gesundheitsziele sind von landespolitischen Ausrichtungen abhängig.
- Beschluss des Bundesrats : rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit, Umsetzung des 14. Kinder und Jugendbericht, staatliche Rahmenbedingungen für „Gesundes Aufwachsen“ weiter ausbauen.

16

[www.slfg.de](http://www.slfg.de)  
[www.gesunde.sachsen.de](http://www.gesunde.sachsen.de)

Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!



Dr. Gisela Ulrich

Deutscher Kinderschutzbund Landesverband Sachsen e.V.

**Anhörung zur DRS 5/10349 „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen“ – Antrag der**

**SPD-Fraktion – am 1. Juli 2013**

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation ist Gesundheit ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen. Ob Kinder und Jugendliche gesund sind, lässt sich demnach nicht nur darauf reduzieren, dass sie gerade keine akuten oder chronischen Erkrankungen haben, sondern umfasst körperliche, psychische und soziale Aspekte.

Nach der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO von 1986 zielt „Gesundheitsförderung darauf, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur beim Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.“

Mit dem heute in Rede stehenden Antrag war die Staatsregierung gefordert, einen umfassenden **Bericht über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen** vorzulegen. Vor dem Hintergrund der o.g. WHO-Definition kann die Stellungnahme der Staatsregierung diesem Anspruch nicht hinreichend genügen. Denn sie beschränkt sich lediglich - und soweit dazu jeweils Daten überhaupt vorliegen – auf die konkret angefragten Aspekte und hält eine umfassende Berichterstattung für obsolet. Leider wird auch die umfassende Evaluation des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ als „nicht zielführend und realisierbar erachtet“. Dies sei der Vielschichtigkeit des realen Prozesses geschuldet, heißt es in der Stellungnahme der Staatsregierung. Eine Begründung, die nicht überzeugen kann. Auch deshalb nicht, weil es im Koalitionsvertrag zwischen CDU und FDP noch ganz anders formuliert ist. Dort kann man nachlesen:“ Die mit verschiedenen Partnern erarbeiteten Gesundheitsziele werden kontinuierlich umgesetzt und evaluiert“.

Es wäre wünschenswert gewesen, wenn die Stellungnahme zum vorliegenden Antrag sich nicht nur auf die unmittelbar abgefragten Sachverhalte beschränkt hätte, sondern darüber hinaus auch Angaben zur allgemeinen Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen, zu ihren Lebenslagen und deren Einfluss auf die gesundheitliche Situation der jungen Menschen in unserem Bundesland gemacht worden wären. Bekannt ist, dass zwischen der sozialen Lage, dem Bildungsstand, dem Familienstatus, der Einkommenssituation und den individuell jeweils verfügbaren Ressourcen einerseits und dem Gesundheitszustand junger Menschen andererseits signifikante Zusammenhänge bestehen, die gesundheits- und sozialpolitisch nicht außer Acht gelassen werden können. Dies ist nicht nur im Interesse des Kindeswohls bedeutsam sondern hat vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, von dem Sachsen massiv betroffen ist, auch volkswirtschaftliche Bedeutung: Angesichts dessen, dass sich die Zahl der jungen Menschen in unserem Bundesland seit 1990 fast halbiert hat, gibt es keine vernünftige Alternative dazu Gesundheitsförderung so zu

gestalten, dass möglichst **jeder** junge Mensch als selbstbestimmt entscheidendes handlungsfähiges Subjekt in der Lage ist, die eigene Gesundheit zu erhalten, zu stärken oder wiederzugewinnen. Denn Gesundheit ist eine wesentliche Bedingung für soziale, ökonomische und persönliche Entwicklung und entscheidend für die Lebensqualität des einzelnen. Deshalb brauchen alle Kinder und Jugendlichen die gleichen Chancen, gesund aufzuwachsen zu können.

Zudem erkennt Deutschland als Vertragsstaat der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an (Art. 24) und ist auch aus diesem Grunde dazu verpflichtet Chancengerechtigkeit für alle Kinder herzustellen. Dies gilt selbstredend auch für Sachsen.

Im Jahr 2009 wurde der von einer unabhängigen Expertenkommission erarbeitete 13. Kinder- und Jugendbericht nebst einer Stellungnahme der Bundesregierung vorgelegt. Er hat in seinen Analysen und Schlussfolgerungen Entwicklungsbedarfe zur Gesundheitsprävention und –förderung in der Kinder- und Jugendhilfe beschrieben. Der Bericht trägt den Titel „**Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen – Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe**“. Dieser Bericht ist zwar schon einige Jahre alt, deshalb aber nicht minder aktuell auch wenn in den Folgejahren seit seiner Erstellung einiges auf den Weg gekommen ist. Ich nenne hier beispielhaft nur das Thema „Frühe Hilfen“ oder „BundeskinderSchutzgesetz“. Dennoch lohnt es sich für die Weiterentwicklung von Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen in Sachsen diesen Bericht noch einmal gründlich zu studieren und die darin enthaltenen Erkenntnisse und Schlussfolgerungen auf ihre Umsetzungsmöglichkeiten in Sachsen zu hinterfragen. Da es in vielen Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung auch in unserem Bundesland leider noch immer an hinreichender Kooperation verschiedener Institutionen mangelt und der zentrale Auftrag an die damalige Berichtskommission lautete, die Schnittstellen zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitswesen und der Behindertenhilfe zu untersuchen, ist es nur folgerichtig sich noch einmal mit dem 13. Kinder- und Jugendbericht zu beschäftigen. Dies auch mit dem Ziel im Zusammenwirken der Jugendhilfe mit anderen Systemen Synergieeffekte zu erreichen und die begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen zielgenauer zu nutzen. Hier geht es nicht nur um das Zusammenwirken mit dem Gesundheitssystem und der Behindertenhilfe sondern auch mit der Schule, mit den Eltern, mit den Sportvereinen bis hin zur Wirtschaft und der Politik. Dabei ist die Kinder- und Jugendhilfe lt. § 81 SGB VIII zur strukturellen Zusammenarbeit mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen verpflichtet, deren Tätigkeit sich auf die Lebenssituation junger Menschen und ihrer Familien auswirkt, darunter Gesundheitswesen und Schule. Partiell gilt dies auch im Gegenzug für diese Stellen in Bezug auf die Kinder- und Jugendhilfe. Leider ist dies noch nicht immer in hinreichendem Maße auch schon Realität.

Trotz aller beschriebenen Probleme ging es dennoch vermutlich zu keiner Zeit der Mehrzahl der Kinder in unserem Land so gut wie heute. Verglichen mit den Lebensumständen von vor 20 oder 50 Jahren hat sich enorm viel verbessert. Aber vom Fortschritt bei Bildung, Gesundheit und Lebenschancen profitieren die Kinder am unteren Rand der Gesellschaft kaum. Etwa ein Fünftel gehört auch in Sachsen zu dieser Risikogruppe. So konnte die KiGGS-Studie zeigen, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien

- häufiger von Übergewicht betroffen sind;
- häufiger zu den Rauchern gehören;
- weniger gestillt wurden;
- seltener regelmäßig Sport treiben;
- mehr fernsehen;
- sich seltener die Zähne putzen;
- häufiger Verhaltensauffälligkeiten zeigen;
- häufiger psychische Probleme und Essstörungen haben;
- in einem ungünstigeren Familienklima aufgewachsen;
- geringere personale, soziale und familiäre Ressourcen besitzen;

- eine höhere Gewaltbelastung aufweisen;
- Früherkennungsuntersuchungen seltener wahrnehmen;
- häufiger ADHS haben.

Damit rückt der Lebensstil ins Blickfeld von Ursachenforschung und Präventionskonzepten. Vor diesem Hintergrund ist die Elefanten-Kindergesundheitsstudie 2011/2012 (durchgeführt von PROZOS in Kooperation mit dem Deutschen Kinderschutzbund) sehr interessant. Fast 5000 Kinder zwischen 7 und 9 Jahren wurden über ihre Einstellungen, Meinungen und Erfahrungen zum Thema Gesundheit befragt mit z.T. überraschenden Ergebnissen: Grundschulkinder legen überwiegend großen Wert auf Gesundheit, wissen bereits viel über Gesundheit, gesunde Ernährung und Bewegung. Nach eigenen Aussagen essen sie häufiger Obst und Gemüse als Süßigkeiten, trinken Wasser und Tee statt Limonade. Aus anderen Studien ist bekannt, dass sich Ernährungsgewohnheiten im Grundschulalter bei einem Teil der Kinder sehr negativ entwickeln. D.h. das schon ausgeprägte Gesundheitsbewusstsein geht z.T. offenbar wieder verloren. Aber kindliche Motivation, der Spaß am gesunden Lebensstil muss erhalten bleiben. Wir alle sind gefragt diese Impulse zu verstärken!

Der Deutsche Kinderschutzbund Landesverband Sachsen e.V. setzt hier an und hat ein präventives Elternangebot entwickelt, das den Titel trägt „GELKII! Gesund leben mit Kindern – Eltern machen mit“. Dabei handelt es sich um ein präventives Elternbildungsangebot, das in Kooperation mit der AOK Plus verwirklicht wird. Einzelheiten dazu finden Sie auf den Internetseiten unseres Verbandes unter [www.kinderschutzbund-sachsen.de](http://www.kinderschutzbund-sachsen.de). Dem Kindeswohl und damit auch der Kindergesundheit im Sinne der oben erwähnten WHO-Definition dienen weitere Projekte unseres Verbandes wie etwa

- die Elternkurse „Stake Eltern - Starke Kinder“;
- „Kinder in guten Händen“;
- Umgang mit Kindern aus suchtbelasteten Familien
- Kinderschutz im Sport
- Kinder- und Jugendtelefon/Elterntelefon (in Sachsen koordiniert durch den DKS B Landesverband).

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.



## EUROPA

Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986

Die erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung hat am 21. November 1986 in Ottawa die folgende Charta verabschiedet. Sie ruft damit auf zu aktivem Handeln für das Ziel „Gesundheit für alle“ bis zum Jahr 2000 und darüber hinaus.

Die Konferenz verstand sich in erster Linie als eine Antwort auf die wachsenden Erwartungen an eine neue öffentliche Gesundheitsbewegung. Die Diskussion befasste sich vorrangig mit Erfordernissen in Industrieländern, es wurden aber auch Probleme aller anderen Regionen erörtert. Ausgangspunkt waren die auf der Grundlage der Deklaration von Alma-Ata über gesundheitliche Grundbetreuung erzielten Fortschritte, das WHO-Dokument „Gesundheit für alle“ sowie die während der letzten Weltgesundheitsversammlung geführte Diskussion zum intersektoriellen Zusammenwirken für die Gesundheit.

## Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.

## Voraussetzungen für die Gesundheit

Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen,

soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden.

## **Interessen vertreten**

Ein guter Gesundheitszustand ist eine wesentliche Bedingung für soziale, ökonomische und persönliche Entwicklung und entscheidender Bestandteil der Lebensqualität. Politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische sowie Umwelt und Verhaltensfaktoren können alle entweder der Gesundheit zuträglich sein oder auch sie schädigen. Gesundheitsförderndes Handeln zielt darauf ab, durch aktives anwaltschaftliches Eintreten diese Faktoren positiv zu beeinflussen und der Gesundheit zuträglich zu machen.

## **Befähigen und ermöglichen**

Gesundheitsförderung ist auf Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit gerichtet. Gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmöglichstes Gesundheitspotential zu verwirklichen. Dies umfasst sowohl Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, den Zugang zu allen wesentlichen Informationen, die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten, als auch die Möglichkeit, selber Entscheidungen in Bezug auf ihre persönliche Gesundheit treffen zu können. Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können. Dies gilt für Frauen ebenso wie für Männer.

## **Vermitteln und vernetzen**

Der Gesundheitssektor allein ist nicht in der Lage, die Voraussetzungen und guten Perspektiven für die Gesundheit zu garantieren. Gesundheitsförderung verlangt vielmehr ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und den Medien. Menschen in allen Lebensbereichen sind daran zu beteiligen als einzelne, als Familien und Gemeinschaften. Die Berufsgruppen und sozialen Gruppierungen sowie die Mitarbeiter des Gesundheitswesens tragen große Verantwortung für eine gesundheitsorientierte Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen in der Gesellschaft.

Die Programme und Strategien zur Gesundheitsförderung sollten den örtlichen Bedürfnissen und Möglichkeiten der Länder und Regionen angepasst sein und die unterschiedlichen Gesellschafts- und Wirtschaftssysteme sowie die kulturellen Gegebenheiten berücksichtigen.

## **Aktives, gesundheitsförderndes Handeln erfordert: Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln**

Gesundheitsförderung beinhaltet weit mehr als medizinische und soziale Versorgung. Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. Politikern müssen dabei die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihre Verantwortung für Gesundheitsförderung verdeutlicht werden.

Dazu wendet eine Politik der Gesundheitsförderung verschiedene, sich gegenseitig ergänzende Ansätze an, u. a. Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen und organisatorisch strukturelle Veränderungen. Nur koordiniertes, verbündetes Handeln kann zu einer größeren Chancengleichheit im Bereich der Gesundheits-, Einkommens- und Sozialpolitik führen. Ein solches gemeinsames Handeln führt dazu, ungefährlichere Produkte, gesündere Konsumgüter und gesundheitsförderlichere soziale Dienste zu entwickeln sowie sauberere und erholsamere Umgebungen zu schaffen.

Eine Politik der Gesundheitsförderung muss Hindernisse identifizieren, die einer gesundheitsgerechteren Gestaltung politischer Entscheidungen und Programme entgegenstehen. Sie muss Möglichkeiten einer Überwindung dieser Hemmnisse und Interessensgegensätze bereitstellen. Ziel muss es sein, auch politischen Entscheidungsträgern die gesundheitsgerechtere Entscheidung zur leichteren Entscheidung zu machen.

## **Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen**

Unsere Gesellschaften sind durch Komplexität und enge Verknüpfung geprägt; Gesundheit kann nicht von anderen Zielen getrennt werden. Die enge Bindung zwischen Mensch und Umwelt bildet die Grundlage für einen sozial-ökologischen Weg zur Gesundheit. Oberstes Leitprinzip für die Welt, die Länder, Regionen und Gemeinschaften ist das Bedürfnis, die gegenseitige Unterstützung zu fördern – sich um den anderen, um unsere Gemeinschaften und unsere natürliche Umwelt zu sorgen. Besondere Aufmerksamkeit verdient die Erhaltung der natürlichen Ressourcen als globale Aufgabe.

Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.

Eine systematische Erfassung der gesundheitlichen Folgen unserer sich rasch wandelnden Umwelt – insbesondere in den Bereichen Technologie, Arbeitswelt, Energieproduktion und Stadtentwicklung – ist von essentieller Bedeutung und erfordert aktives Handeln zugunsten der Sicherstellung eines positiven Einflusses auf die Gesundheit der Öffentlichkeit. Jede Strategie zur Gesundheitsförderung muss den

Schutz der natürlichen und der sozialen Umwelt sowie die Erhaltung der vorhandenen natürlichen Ressourcen mit zu Ihrem Thema machen.

## **Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen**

Gesundheitsförderung wird realisiert im Rahmen konkreter und wirksamer Aktivitäten von Bürgern in ihrer Gemeinde: in der Erarbeitung von Prioritäten, der Herbeiführung von Entscheidungen sowie bei der Planung und Umsetzung von Strategien. Die Unterstützung von Nachbarschaften und Gemeinden im Sinne einer vermehrten Selbstbestimmung ist ein zentraler Angelpunkt der Gesundheitsförderung; ihre Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange ist zu stärken.

Die Stärkung von Nachbarschaften und Gemeinden baut auf den vorhandenen menschlichen und materiellen Möglichkeiten der größeren öffentlichen Teilnahme und Mitbestimmung auf. Selbsthilfe und soziale Unterstützung sowie flexible Möglichkeiten der größeren öffentlichen Teilnahme und Mitbestimmung für Gesundheitsbelange sind dabei zu unterstützen bzw. neu zu entwickeln. Kontinuierlicher Zugang zu allen Informationen, die Schaffung von gesundheitsorientierten Lernmöglichkeiten sowie angemessene finanzielle Unterstützung gemeinschaftlicher Initiativen sind dazu notwendige Voraussetzungen.

## **Persönliche Kompetenzen entwickeln**

Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten. Sie will dadurch den Menschen helfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben, und will ihnen zugleich ermöglichen, Veränderungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zu gute kommen.

Es gilt dabei, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen, und ihnen zu helfen, mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuellen chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können. Dieser Lernprozess muss sowohl in Schulen wie auch zu Hause, am Arbeitsplatz und innerhalb der Gemeinde erleichtert werden. Erziehungsverbände, die öffentlichen Körperschaften, Wirtschaftsgremien und gemeinnützige Organisationen sind hier ebenso zum Handeln aufgerufen wie die Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen selbst.

## **Die Gesundheitsdienste neu orientieren**

Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung wird in den Gesundheitsdiensten von Einzelpersonen, Gruppen, den Ärzten und anderen Mitarbeitern des Gesundheitswesens, den Gesundheitseinrichtungen und dem Staat geteilt. Sie müssen gemeinsam darauf hinarbeiten, ein Versorgungssystem zu entwickeln, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und weit über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht.

Die Gesundheitsdienste müssen dabei eine Haltung einnehmen, die feinfühlig und respektvoll die unterschiedlichen kulturellen Bedürfnisse anerkennt. Sie sollten dabei die Wünsche von Individuen und sozialen Gruppen nach einem gesünderen Leben aufgreifen und unterstützen sowie Möglichkeiten der besseren Koordination zwischen dem Gesundheitssektor und anderen sozialen, politischen, ökonomischen Kräften eröffnen.

Eine solche Neuorientierung von Gesundheitsdiensten erfordert zugleich eine stärkere Aufmerksamkeit für gesundheitsbezogene Forschung wie auch für die notwendigen Veränderungen in der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Ziel dieser Bemühungen soll ein Wandel der Einstellungen und der Organisationsformen sein, die eine Orientierung auf die Bedürfnisse des Menschen als ganzheitliche Persönlichkeit ermöglichen.

## **Auf dem Weg in die Zukunft**

Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.

Für einander Sorge zu tragen, Ganzheitlichkeit und ökologisches Denken sind Kernelemente bei der Entwicklung von Strategien zur Gesundheitsförderung. Alle Beteiligten sollen als ein Leitprinzip anerkennen, dass in jeder Phase der Planung, Umsetzung und Auswertung von gesundheitsfördernden Handlungen Frauen und Männer gleichberechtigte Partner sind.

## **Gemeinsame Verpflichtung zur Gesundheitsförderung**

Die Teilnehmer der Konferenz rufen dazu auf:

- an einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik mitzuwirken und sich dafür einzusetzen, dass ein eindeutiges politisches Engagement für Gesundheit und Chancengleichheit in allen Bereichen zustande kommt;
- allen Bestrebungen entgegenzuwirken, die auf die Herstellung gesundheitsgefährdender Produkte, auf die Erschöpfung von Ressourcen, auf ungesunde Umwelt- und Lebensbedingungen oder eine ungesunde Ernährung gerichtet sind. Es gilt dabei, Fragen des öffentlichen Gesundheitsschutzes wie Luftverschmutzung, Gefährdungen am Arbeitsplatz, Wohn- und Raumplanung in den Mittelpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit zu stellen;
- die gesundheitlichen Unterschiede innerhalb der Gesellschaften und zwischen ihnen abzubauen und die von den Vorschriften und Gepflogenheiten dieser Gesellschaften geschaffenen Ungleichheiten im Gesundheitszustand zu bekämpfen;

- die Menschen selber als die Träger ihrer Gesundheit anzuerkennen und sie zu unterstützen und auch finanziell zu befähigen, sich selbst, ihre Familien und Freunde gesund zu erhalten. Soziale Organisationen und die Gemeinde sind dabei als entscheidende Partner im Hinblick auf Gesundheit, Lebensbedingungen und Wohlbefinden zu akzeptieren und zu unterstützen;
- die Gesundheitsdienste und ihre Mittel auf die Gesundheitsförderung hin umzuorientieren und auf das Zusammenwirken der Gesundheitsdienste mit anderen Sektoren, anderen Disziplinen und, was noch viel wichtiger ist, mit der Bevölkerung selbst hinzuwirken;
- die Gesundheit und ihre Erhaltung als eine wichtige gesellschaftliche Investition und Herausforderung zu betrachten und die globale ökologische Frage unserer Lebensweisen aufzuwerfen.

Die Konferenzteilnehmer rufen auf, sich in diesem Sinne zu einer starken Allianz zur Förderung der öffentlichen Gesundheit zusammenzuschließen.

## **Aufruf zu internationalem Handeln**

Die Konferenz ersucht die Weltgesundheitsorganisation und alle anderen internationalen Organisationen, für die Förderung von Gesundheit Partei zu ergreifen und ihre einzelnen Mitgliedsländer dabei zu unterstützen, Strategien und Programme für die Gesundheitsförderung zu entwickeln.

Die Konferenz ist der festen Überzeugung, dass dann, wenn Menschen in allen Bereichen des Alltages, wenn soziale Verbände und Organisationen, wenn Regierungen, die Weltgesundheitsorganisation und alle anderen betroffenen Gruppen ihre Kräfte entsprechend den moralischen und sozialen Werten dieser Charta vereinigen und Strategien der Gesundheitsförderung entwickeln, dass dann „Gesundheit für alle“ im Jahre 2000 Wirklichkeit werden wird.

[WHO-autorisierte Übersetzung: Hildebrandt/Kickbusch auf der Basis von Entwürfen aus der DDR und von Badura sowie Milz.]